

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO CENDES



**La Gestión de la Calidad en la Organizaciones. Reflexiones sobre
los Servicios de Salud.**

**Trabajo que se presenta para optar al grado de Doctor en Estudios del
Desarrollo**

Autor: Freddy Mascareño

Tutor: Dr. Marino González

Septiembre, 2012

Índice	ii
Agradecimiento	viii
Dedicatoria	ix
Resumen	x
Introducción	4
Capítulo I. La Calidad en las Organizaciones	10
La evolución de la Calidad	11
El concepto de Calidad	23
Características del concepto Calidad	23
La calidad en el contexto organizacional.	25
Definiciones y principios	
Aporte de los autores reconocidos a la Calidad y su Gestión	29
La Calidad en los servicios	35
Los servicios, sus características y la calidad de servicio	
Modelos de Calidad de Servicio	36
La Calidad en servicios de Salud	47
Capítulo II. La Gestión de la Calidad	57
El estudio de las Organizaciones y su Gestión	58
Cambios en la teoría de sistema en el estudio de las organizaciones	74
Conceptos en la teoría de sistemas de Luhmann	77
Los Sistemas Organizacionales según la teoría de Luhmann	84
La Gestión de la Calidad	92
La evolución de la Gestión de la Calidad	92
Las dimensiones de la Gestión de la Calidad	95
Principios y prácticas de la Gestión de la	100

Calidad.	
La Gestión de la Calidad y los Resultados de Calidad de las Organizaciones	102
Gestión por Procesos	105
Origen del enfoque de Gestión basado en proceso	105
Tipología de procesos de trabajo	109
Las organizaciones de salud y la Gestión de la Calidad del Servicio	122
Los Sistemas de salud	122
La calidad en la Política de salud. El desafío al paternalismo en medicina	125
La calidad y el desempeño en los Sistemas de salud	127
La calidad en el Sistema de salud de Venezuela	134
Capítulo III .La Calidad en Centros de Salud Ambulatoria.	145
Estudio de casos de Centros Públicos de Salud ambulatoria	
La Calidad en Centros de Salud Ambulatoria como referente empírico	146
Ambulatorio “Don Felipe Ponte” de Cabudare	153
Ambulatorio del Sur	187
Análisis de los casos de estudios	220
Capítulo IV. La Calidad y su Gestión en Sistemas Organizacionales como Redes de Procesos	243
La Calidad en los Sistemas Organizacionales como Redes de procesos	244
Los Procesos en la interacción de sistemas en la organización con su entorno	251

Relación del Modelo de la Red de procesos con la teoría asociada a la Gestión de la Calidad	256
Los Procesos en función de los grupos de interés	260
El modelo de procesos en Centros de Salud Ambulatoria	265
La instauración de la Gestión de la Calidad en Centros públicos de Salud.	270
Conclusiones	274
Bibliografía	281

Listado de Figuras y Cuadros

Figuras

Fig. 1 Relación de los Capítulos del informe de Tesis	3
Fig. 2 Ciclo PDCA de Control de Procesos	27
Fig. 3 Momentos de la Calidad, por fases de actividades	34
Fig. 4 La Relación entre La calidad percibida y la Satisfacción del cliente.	40
Fig 5 Modelo de Brechas sobre la Calidad en el Servicio	44
Figura 5a Concepto de Proceso	118
Figura 5 b Modelo de la ISO 9000	119
Figura 5c Modelo EFQM	120
Fig.6 La Organización como una Red de Comunicaciones	91
Fig. 7 Organigrama del Centro Ambulatorio de Cabudare “Don Felipe Ponte”	156

Fig. 8 Organigrama del Ambulatorio del Sur	193
Fig. 9 El Sistema Organizacional y la Red de Procesos para adaptarse al Entorno	251
Fig. 10 Los Momentos de la Calidad	257
Fig. 11. Gestión de la Calidad en los Sistema Organizacional como Red de Procesos para adaptarse al Entorno	258
Fig. 12 Los Procesos de Trabajo para relacionarse con los clientes o usuarios	260
Fig. 13 Los Procesos de Trabajo para relacionarse con los Trabajadores	261
Fig. 14 Los Procesos de trabajo para relacionarse con los Proveedores	262
Fig. 15. Los Procesos de trabajo para la relación en la red de Procesos Internos	263
Fig. 16. El Sistema Organizacional y la Red de Procesos para adaptarse al Entorno	265

Cuadros

Cuadro 1 Resultados y acciones en Calidad	103
Cuadro 2 Resultados y acciones en Calidad 2	104
Cuadro 3. Tres formas de ver los procesos de una organización	111-112
Cuadro 3a Denominaciones de las personas que reciben un producto o servicio público	120
Cuadro 3b. Las partes interesadas	122

Cuadro 3c. Necesidades de las partes interesadas en contextos diferentes	122
Cuadro 4. Funciones Básicas de un Sistema de Salud	130
Cuadro 5. Las Funciones básicas del Sistema de Salud y los Procesos del Sistema de gestión de la Calidad	132
Cuadro 6. Consolidado del Personal adscrito a los Presupuestos Nacional y Estatal del año	157
Cuadro 7. Usuarios atendidos en el AC entre los años 2004-2006	174
Cuadro 8. Servicio de Consultas en el AC	175
Cuadro 9. Información básica de entrevistados AC	179
Cuadro 10. Calidad percibida en Instalaciones del AC	181
Cuadro 11. Calidad percibida sobre la atención del Personal de atención del AC	182
Cuadro 12. Calidad percibida sobre los Servicios de Salud prestados en AC	183
Cuadro 13. Resultados Globales AC	185
Cuadro 14. Personal del Ambulatorio del Sur año 2007	194
Cuadro 15. El presupuesto del AS para el año 2007	198
Cuadro 16. Usuarios atendidos en el AS entre los años 2003-2005	203
Cuadro 17. Servicio de Consultas en el AS	204
Cuadro 18. Perfil de Usuarios en el AS	211
Cuadro 19. Calidad percibida sobre las Instalaciones del AS	212
Cuadro 20. Calidad percibida sobre la Atención del Personal AS	214

Cuadro 21. Calidad percibida sobre los Servicios de Salud del AS	215
Cuadro 22. Resultados Globales AS	217
Cuadro 23. Cantidad de Servicios AC y AS	231
Cuadro 24. Cantidad de Servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia en AC y AS	232
Cuadro 25. Media y Desviación estándar consolidado por los grupos de de la encuesta	235
Cuadro 26. Promedios y desviaciones estándar por ítem de la encuesta en cada centro de salud	236

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todo lo que me ha dado.

A mis padres, Gladys y Nabeto por haberme permitido estar aquí, ojalá estuvieran presentes.

A mis hermanos, sin cuya solidaridad podría haber culminado. Especialmente a Carlos, por su apoyo y ejemplo constante. Gracias

A mi núcleo familiar, mi hogar Mascareño Fonseca, por todo el tiempo robado y todo el apoyo incondicional.

Al DAC- UCLA y al CENDES –UCV por haber permitido la creación de un espacio para el intercambio de ideas.

A Marino, por su continuo y oportuno apoyo.

A las instituciones de salud que me abrieron las puertas para ejecutar el trabajo de campo. Gracias a Williams Herrera del Ambulatorio del Sur por la experiencia transmitida en diferentes momentos, desde la visión comunitaria de los servicios de salud.

Al Colegio Universitario Fermín Toro y a la Universidad Politécnica Territorial Andrés Bello, por los aportes y tiempos dados para el trabajo.

A todos los docentes y compañeros del Doctorado por el aprendizaje recibido.

A todos, gracias.

DEDICATORIA

A Mary, Zuca, Kike y Shishí, mis razones de ser.

A Titiana, continuación de este bello núcleo.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación centra su atención en el estudio de la Gestión de la Calidad en la Organizaciones y realiza un acercamiento en aquellas que prestan servicios de salud. A nivel mundial, las líneas de investigación orientadas al análisis de las reformas de los sistemas de concreción de las políticas públicas en general se han enfocado, entre otros criterios de desempeño, en la calidad de gestión de sus procesos, productos y servicios. Es frecuente además, conseguir en ellas como factor limitante, la insuficiencia del cuerpo conceptual para el estudio, intervención e interpretación de los sistemas sociales, tomando en cuenta la diversidad de campos de estudio necesarios para abordar su ordenamiento dinámico y cambiante y donde el componente humano afecta sus propósitos con un conjunto de interacciones. Por eso, una de las principales motivaciones que guiaron a la investigación, estuvo en la búsqueda de un espacio teórico que permitiera ir más allá de las visiones parciales actuales, y que hiciera confluir conceptos, técnicas y herramientas que se han desarrollado para gestionar a las organizaciones en cuanto a la calidad se refiere.

En un primer momento se parte de la conceptualización de la calidad, su evolución, la contribución de los autores de mayor referencia, hasta llegar a concepto de calidad en los servicios. Luego se abordan los sistemas organizacionales y las formas de gestionarlas, culminando en la gestión de la calidad en las organizaciones, con referencias al campo de la salud. Para tener un referente empírico, se abordan dos centros ambulatorios de salud en el estado Lara: El Ambulatorio Don Felipe Ponte en Cabudare y el Ambulatorio del Sur en Barquisimeto a fin de obtener una visión más amplia sobre el funcionamiento en tiempo real de este tipo de organización y sus resultados en calidad.

A partir del estudio de estos campos disciplinares y de sus limitantes, la presente investigación genera como principal aporte, la apertura de un espacio de conocimiento donde las construcciones existentes pueden ser aprovechadas. Para ello coloca en relieve la necesidad de un sistema acoplado con su entorno, como única forma de garantizar su permanencia en él; a la vez precisa la necesidad de mantenerse en constante revisión y tomando decisiones para readecuarlo en lo interno, como única forma de reproducirse con éxito. Producto de estas reflexiones, se plantea que todos los procesos de la organización, pueden ser categorizados y abordados como Procesos de acoplamiento, para su contacto con el entorno, Procesos de adaptación, Procesos de monitoreo y Procesos de evaluación y mejora.

Esta forma de abordaje de los sistemas organizacionales como interrelaciones entre los diferentes procesos con el entorno interno y externo, permitiría entender y explicar la permanente reproducción del sistema, a partir del diseño, implementación, mantenimiento y mejoras de los procesos, realizados como parte del funcionamiento cotidiano y el aprendizaje organizacional, lo que unido al enfoque en las necesidades y expectativas de los grupos de interés, aumentaría la probabilidad de generar productos y servicios de calidad, no sólo para los usuarios, sino para la sociedad en general.

Palabras claves: Calidad, Gestión, Salud, Procesos, Acoplamiento Estructural, Sistemas Organizacionales.

Introducción

Un sistema de salud, como todo sistema social, es un ordenamiento dinámico, cambiante, un conjunto de interacciones y coordinaciones entre los medios, los procesos y el componente humano del sistema para asegurarse que este logre sus propósitos sociales. El funcionamiento de un sistema es el conjunto de procesos que le da vida y movimiento y lo integran múltiples elementos que tienen que ver con la manera en que se desarrollan las actividades, para poder cumplir la misión asignada (Murray y Frenk, 2000). La estructura y el funcionamiento de un sistema de salud y de las diversas organizaciones a través de las cuales concreta sus acciones de servicios, son condiciones indispensables en el mundo actual, y cada vez resulta más necesario comprender aquello que influye sobre su rendimiento a partir de la toma de decisiones.

Si bien a nivel mundial, las líneas de investigación orientadas al análisis de las reformas de los sistemas de concreción de las políticas pública en general, se han enfocado en las mejoras de la calidad, efectividad, equidad y eficiencia de ellos y de las organizaciones que los conforman, se coloca como factor limitante la información y la aplicación de criterios para su estudio, análisis, consolidación, e interpretación para las mejoras de los mismos.

Pero, para diversos autores como Boisier(2003) ,Capra(1996),Lechner(1997), Luhmann (1991) entre otros, el cuerpo conceptual de interpretación para estudiar los sistemas sociales, no es suficiente, además de aseverar que nuestro arsenal para estudiar la realidad actual, está obsoleto y nos limita el campo de intervención e interpretación.

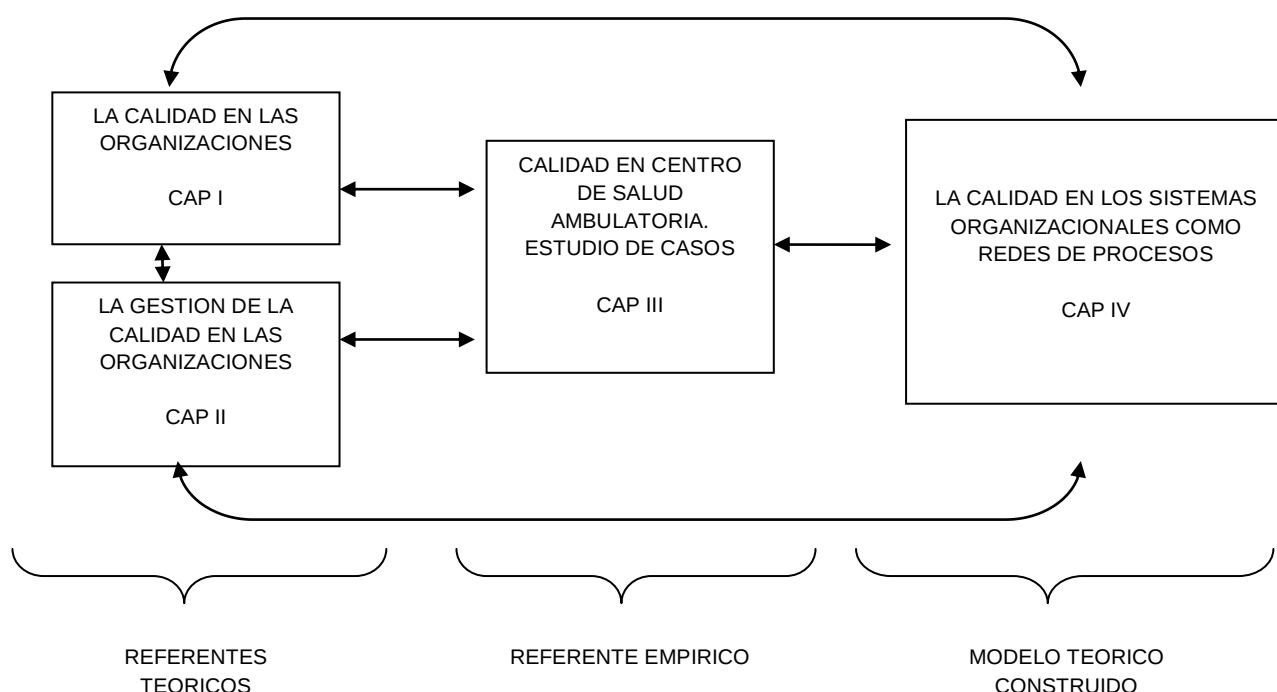
Junto a la preocupación acerca de los sistemas de salud, hay otras áreas temáticas en torno a las cuales gira la presente investigación: la Calidad desde la perspectiva de los usuarios, la Gestión de las organizaciones, incorporando la Gestión de la calidad y sus enfoques alternos como la Gestión basada en procesos. Todas ellas tienen como punto común, el que están en construcción desde el punto de vista teórico - conceptual. Las razones aducidas por los autores de los temas:

- La calidad, debido a lo ambiguo del término y al amplio uso en el lenguaje cotidiano, hace que su delimitación conceptual sea por lo menos, confusa y el consenso acerca de su alcance sea bajo. (Donabedian, 1990; Jurán y Godfrey, 2001; Cano, 2000; Herrera, 2006; Camisón, Cruz y González, 2007)
- La gestión de las organizaciones, con los cambios de visión acerca de la naturaleza de las mismas, sus formas y fines, que ha pasado en unas décadas de ser una máquina, a ser un sistema abierto; primero en equilibrio y luego la lejanía del equilibrio donde más que un problema a resolver, se convierte en un estadio a buscar si se quiere innovar. Esto hace que las teorías para el estudio de las organizaciones y para el estudio de su gestión, tenga un dinamismo que no permita asegurar “una mejor forma de gestión” y, aún cuando existe un amplio grupo de investigaciones sobre las organizaciones y su gestión, la cantidad se reduce considerablemente cuando se asume que las premisas y las herramientas que se venían utilizando, ya no son suficiente para la realidad actual. (Kagono, Nonaka, Sakakibara y Okumura, 1994; Capra, 1996; Boisier, 2003; Zimmerman, Begun y Dooley, 2003; Martínez Míguez, 2008)
- La incorporación de la gestión de la calidad y la sistematización de sus actividades, como uno de los productos de la conjunción de los puntos anteriores. La gestión de la calidad, ha venido siendo estudiada y construida, más desde la práctica, de una manera inductiva, haciendo que la teoría asociada a ella sea incipiente. (Jurán y Gryna, 1995 Cruz, 2001; Escrig, 2001; Herrera, 2006; Camisón, Cruz y González, 2007)

Por eso este trabajo de investigación parte desde ese contexto, y construye un espacio teórico donde trata que confluyan los campos de estudios anteriores,

utilizando los referentes teóricos de los temas de estudio, y complementando con el estudios de referentes empíricos. En el gráfico siguiente se muestra como se relacionaron en el informe que se presenta:

Figura. 1 Relación de los Capítulos del Informe de Tesis



En el primer Capítulo, se trabaja la información referente a la conceptualización de la calidad. Para ello se subdivide en tres grandes apartados.

El primero, presenta como ha evolucionado el concepto de calidad, asociado a los diferentes desarrollos de campos de estudio a los que ha estado asociado, fundamentalmente con los asociados a los sistemas de producción y la forma de gestionarlos. En él se puede observar como la preocupación por el término calidad y su aplicación en las organizaciones, ha evolucionado hasta convertirse en preocupación de todas las áreas funcionales del sistema organizacional y además,

el concepto trasciende lo meramente técnico, y se le adiciona la preocupación de las personas y grupos, por las exigencias hacia las organizaciones.

En el segundo apartado, se presentan los diferentes conceptos de calidad, sus características, y se resaltan las contribuciones dadas por los autores considerados como clásicos en el tema.

Luego se despliega la aplicación teórica sobre la calidad en un tipo de organización, las organizaciones de servicio. Partiendo de la caracterización de este tipo de organismos, se presentan luego los modelos de más amplia difusión y uso, los cuales se conocen por el origen de sus autores, como la escuela norteamericana y la escuela nórdica, con énfasis distintos, uno en el servicio como producto y el otro en la percepción del usuario; pero ambas centradas en el mercado y los usuarios y las formas de relación entre éstos y los sistemas organizacionales.

Como apartado final del primer capítulo, se presenta el concepto de calidad en los servicios de salud. Acá se presentan los desarrollos teóricos que sobre el concepto calidad han venido desarrollando en el contexto de la salud y las formas de abordar sus servicios. En este campo resalta la presencia de un autor, Avedis Donabedian. Prácticamente todo lo escrito sobre calidad en el campo de la salud, tiene alguna referencia sobre la extensa obra de este autor. En este campo, se ve reflejado dos aspectos: se viene construyendo desde la práctica y por el otro son pocos los referentes teóricos conceptuales. Además se puede ver la pelea aún existente para que se asuma a la atención médica, más allá de los profesionales médicos.

El Capítulo II se concentra en dos aspectos, en los sistemas organizacionales y las formas de gestionarlas, y en la gestión de la calidad en las organizaciones, como un campo disciplinario que se viene consolidando.

En los apartados pertenecientes al estudio organizacional, se realiza un paneo sobre cómo ha venido evolucionando la forma de estudiar y entender a las organizaciones, hasta llegar al planteamiento de Niklas Luhmann sobre las

organizaciones como sistema social en constante autoproducción mediante decisiones que crean decisiones, con lo cual toma distancia de otras ramas de la teoría de sistema, con las implicaciones teórico práctica que se desprenden de sus planteamientos. Su preocupación giraba en torno a la teoría de la Sociedad, por lo cual y por lo extenso de su obra, se toman temas que se consideraron clave para el desarrollo de la investigación en los sistemas organizacionales. También se introducen escuelas asociadas al estudio de la gestión, particularmente la Administración estratégica y la de reciente data, la teoría de recursos y capacidades, como forma de entender la actuación sobre el sistema organizacional.

El segundo apartado del capítulo, se dedica a desplegar lo desarrollado sobre la Gestión de la Calidad. Comienza con su evolución, de la mano del concepto de calidad y del desarrollo de las formas de gestión en las organizaciones, para llegar al enfoque actual que abarca toda la organización y el contexto donde se inserta, teniendo en cuenta las personas y grupos de interés, el liderazgo de los directivos y la cultura organizacional. Como disciplina de estudio, ha venido consolidando un cuerpo de conceptos, principios, técnicas y herramientas, que han venido convirtiéndose en factores que ayudan a mejorar el desempeño global de las organizaciones y el de la calidad en particular.

En una tercera sección, se trabaja lo referente a los procesos de trabajo. Desde varias disciplinas de estudios, donde la referente a la calidad tiene un papel protagónico, se viene consolidando en las organizaciones lo que se conoce como la Gestión basada en Procesos. La premisa de la que parte, se consigue no sólo en los autores del área de la calidad o de la producción, sino desde la sociología, del campo de la salud y desde otras disciplinas, esta es que los procesos son el único elemento organizacional que transforma recursos para generar productos o servicios. Por eso, la gestión basada en procesos, se centra en los resultados, y a partir del campo de la calidad, se centra en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas o grupos de interés.

En el apartado final del segundo capítulo, se presentan aspectos resaltantes de la gestión de la calidad en el campo de la salud. Parte desde el estudio de los sistemas de salud como sistema social y organización responsable de los resultados en salud y de la calidad de los mismos. Luego se presenta la conceptualización de los mismos desde la Organización mundial de la Salud para ver como la calidad, es una de las metas del sistema de salud. En él de nuevo se presenta a la calidad en la atención para la salud, como procesos más allá del acto médico.

Al final del apartado, se hace referencia el sistema de salud en Venezuela, sus referentes legales y la situación de lo asociado a la calidad de los servicios de salud. El hecho que sobresale, es la ausencia de políticas públicas dirigidas a la instauración, desarrollo, e institucionalización del tema de la calidad en el país.

En el tercer Capítulo, se presenta el estudio de casos realizado como referente empírico y obtener de allí información adicional para construir un modelo teórico que permitiera hacer confluir los temas tratados. Se abordaron dos centros de salud ambulatoria del estado Lara: el Ambulatorio Don Felipe Ponte, en la ciudad de Cabudare del municipio Palavecino, AC y el Ambulatorio del Sur, AS, ubicado en las comunidades al sur de Barquisimeto, de allí su nombre. Ambos prestan servicios similares, pero con lógicas diferentes, influenciadas o provenientes de su naturaleza. El AC es un ambulatorio con gestión pública y servicios gratuitos, mientras que el AS es gestionado por una Asociación civil, sin fines de lucro, y con cobro de sus servicios. Se estudia en ellos, los procesos de generación de servicios, asociados a la consulta especializada en embarazadas y niños menores a un año, partiendo de la importancia que se le da al impacto de las acciones en ambos grupos y por la recurrencia en el uso del servicio, acumulando experiencias que permite mayor información al evaluar la calidad del servicio. Entre los resultados sobre los factores que potencian o restringen los resultados que alcanzan, siendo los de calidad uno de ellos, resaltan las restricciones del AC para la consecución de recursos en cantidad y oportunidad, con impacto negativo en las expectativas de los trabajadores. Mientras que en el AS, resalta como los

diferentes trabajadores entrevistados, tienen dentro de sus premisas de decisión, la naturaleza social de la organización, producto de haber nacido por esfuerzos de la comunidad y ser gestionado por una organización social; además de la autonomía financiera que poseen. Sin embargo, la opinión de los usuarios son parecidos en cuanto a su percepción de la calidad del servicio recibido.

En el último de los capítulos, a partir de los referentes encontrados en la teoría, y los complementos de los casos, como aporte primario de la investigación, se construye un modelo teórico con la intención de buscar un espacio desde donde se puedan visualizar los temas estudiados. Se desarrolla un concepto donde la organización se ve como redes de comunicaciones y redes de procesos, concepto que trasciende a los referentes actuales ubicados en alguna de las aristas contenidas. Luego se presenta en una matriz gráfica con la variable espacio, para definir la confluencia de distintos sistemas/entornos, que necesariamente deben coexistir para garantizar su existencia; y la variable tiempo, como punto ordenador para dar sentido temporal a los procesos que se llevan a cabo dentro del sistema organizacional

Los procesos que se ejecutan en la organización se categorizan a partir del desarrollo teórico, como: Procesos de acoplamiento, únicos en contacto con el entorno, Procesos de adaptación, Procesos de monitoreo y Procesos de evaluación y mejora. Además permite resaltar un punto que se considera clave, y es que los procesos existen en tiempo real, y por tanto es preciso realizarles cambios para que siempre estén adaptados al entorno; además, no se podrán hacer los cambios precisos, si no se tiene información sobre el comportamiento de los mismos. Se plantean criterios y observaciones a tener, y se presentan cómo se pueden visualizar las relaciones interproceso e intersistemas en diferentes contextos de la misma organización.

Al considerar el comportamiento de la organización acorde al modelo construido, surgen varios aspectos: en el espacio organizacional, están en constante intercambio, sistemas sociales de diversos tipos: síquicos, de interacción, y

organizacional, constituyéndose unos en el entorno interno y externo del otro, por tanto no podrán mantener su auto reproducción sino se acoplan.

Observar el Centro de Salud como un Sistema Organizacional, constituida como una red de comunicaciones y una red de procesos, permitiría estudiar e idear estrategias para gestionar la calidad como en cualquier organización, asumiendo que las organizaciones de salud no funcionan sólo por los profesionales de la salud, sino que necesitan al sistema usuario para poder sobrevivir y por tanto deben adaptarse a él. Por otro lado permite entender que para que en las Organizaciones del Sistema de Salud venezolano se alcance los resultados que satisfagan las necesidades de las personas y otras partes interesadas, para que se obtenga la Calidad en Salud, necesariamente se tendrá que institucionalizar mecanismos de acoplamiento y adaptación, y por tanto de monitoreo y evaluación en todos sus niveles, respetando las particularidades de cada sistema. Caso contrario, la Calidad en los Servicios de salud, sólo será un tema que preocupe sólo a las personas, pero no al Sistema.

Capítulo I

La Calidad en las Organizaciones

La evolución de la Calidad

El ser humano siempre ha ideado diversas formas y criterios para realizar trabajos y generar productos y servicios para satisfacer sus necesidades y expectativas. Adicionalmente, sus requerimientos han ido cambiando con el contexto en los que ha desenvuelto su cotidianidad y con el ideario que ha asumido en cada momento. La calidad, término presente en el momento de juzgar como y en qué grado han sido satisfechas estas necesidades, está asociada a estos cambios de las maneras de producir. A pesar que varios autores (Cantú, 2001; Jurán y Godfrey, 2001; Camisón, Cruz y González, 2007 entre otros) coinciden en algunas de las etapas en la que ha evolucionado la calidad, cuando se estudia lo referente a las definiciones de la calidad, los sistemas de calidad y las formas de gestionarlos, se observa que no existe homogeneidad en los enfoques que se han ido construyendo. Entre las posibles causas de esta situación estarían:

“la fragmentación y diversidad de enfoques que los investigadores y profesionales de la calidad [que] han ido forjando y aplicando

.....El carácter transversal de la función calidad, que afecta a todos los departamentos y funciones organizativas, ha hecho que su estudio haya atraído a multitud de disciplinas, desde la ingeniería, a la gestión de recursos humanos, el marketing o la dirección estratégica.

... la existencia de una comunidad de investigadores tiene también un botón de muestra en la creación y el crecimiento de asociaciones científicas enfocadas en este ámbito, ya sea de carácter exclusivo o como divisiones de áreas de especialización dentro de un propósito más general”.(Camisón et al,2007: 47-48)

Por eso consideramos útil estudiar en varios momentos históricos, algunos eventos referidos por diversos autores, que han direccionado las premisas y sus resultados, con la finalidad de tener una mejor base para entenderlos en la actualidad. Para ello se divide esta sección en momentos en los cuales hubo algunas características comunes o cambios que impactaron al desarrollo de los campos asociados a la calidad.

Antes de la revolución industrial

Desde que las condiciones permiten al hombre asentarse en comunidades, la palabra "calidad" se encuentran en el ideario del ser humano poniéndose de manifiesto la importancia que le endosan. En la antigüedad, en el reinado de Hammuraby en Babilonia, se estableció el Código, donde se establece, que las fallas en la calidad de diferentes trabajos, significaba una pena igual al error hasta el punto de merecer algunos, la pena de muerte. Este control buscaba una mayor equidad en las negociaciones (Gitlow H, 1991; Assaf, 2004)

Los egipcios con sus grandes proyectos de irrigación, construcción de tumbas, templos y pirámides, así como los chinos con proyectos similares, acumularon conocimientos organizacionales que les permitió realizar de una mejor manera su trabajo y mejorar los resultados obtenidos y la calidad de los mismos. Ya en esas construcciones, existían inspectores que vigilaban la calidad de los trabajos, para satisfacer las exigencias de los faraones. (Gitlow, 1992)

Los principios de racionalidad se aplican en la edad Media en los monasterios medievales que se convierten en las primeras unidades de trabajo configuradas de acuerdo a esos principios y se sopesaban los medios y estructuras alternativas para poder cumplir los fines de la institución. En esos monasterios se crearon los primeros talleres de artesanía: manufacturas textiles, cerámica entre otras. (Rodríguez de Rivera, 1999)

Surgen los gremios y aprendices y con esta división del trabajo se obtuvo un aumento de la productividad, se comienza a crear reglas para producir asociadas a la calidad. Los artesanos son responsables del trabajo completo, lo que estimula la calidad. En esta época artesanal el mandato era hacer las cosas bien a

cualquier costo, con controles de calidad centrados en el producto y los maestros velaban por el aprendizaje del trabajo y detectaban y corregían los defectos habidos (Rodríguez de Rivera, 1999). Esta forma de trabajo será trasladado a las colonias americanas con la consiguiente creación de la cultura de controlar la calidad de los trabajos realizados por los artesanos y sus aprendices (Juran, 1995).

Luego de la revolución industrial

Para algunos autores(Soto Sánchez 1998; Rodríguez de Rivera,1999; Cantú 2001)., en el período asociado a la Revolución Industrial, el desarrollo urbano, el aumento del dinero en circulación y fundamentalmente el aumento exponencial de la población desde finales del siglo XVII acentúan la necesidad de nuevas formas de satisfacción de necesidades presionando la forma de producir bienes y servicios y la calidad de los que se obtiene. Producto de este aumento de la demanda y los avances en la ciencia y la tecnología, surgen las organizaciones de manufacturas, donde se agrupa bajo un mismo techo varias fases de la producción. Durante el siglo XVIII, el principal logro quizás fue el superar la distancia entre el saber científico y su aplicación práctica en las tecnologías. Las nuevas tecnologías incrementan la productividad de la mano de obra y permiten el desarrollo de la producción textil industrializada con lo que comienza la verdadera revolución industrial, (Juran, 1995)

Particularmente Rodríguez de Rivera (1999), establece que la idea del “progreso”, introduce la necesidad de utilizar una comprensión dinámica de la realidad frente a la tradicional concepción de un orden inmutable. La toma de conciencia del cambio por la aplicación de la ciencia en la industria, impactó no sólo en el campo del quehacer humano sobre la naturaleza, sino también en el ámbito de lo social e histórico. Para el siglo XVIII en el campo de las políticas públicas, los gobiernos comienzan a ser juzgados de acuerdo con la obtención de metas públicas y no tanto con base en pretensiones Divinas.

Antes de la segunda guerra mundial

Con la aparición de los hospitales, también surge la primera referencia sobre la preocupación por la calidad de la atención en salud, a mediados del siglo XIX, el 21 de octubre de 1854 Florence Nightingale junto a un batallón formado por 38 enfermeras voluntarias fue enviado a la guerra de Crimea. Allí, Nightingale y sus compañeras de trabajo reformaron y limpiaron el hospital, a pesar de la reacción de doctores y oficiales e hicieron caer la tasa de mortalidad desde el 40% al 2%. Aún antes que en la industria, el trabajo de Florence Nightingale introdujo herramientas para la medida del funcionamiento y mejora de procesos. Para algunos autores al introducir las modernas prácticas de enfermería, hizo que se reconociera a lo referente a la calidad en salud como una ciencia, estableciendo las relación entre procesos y resultados, además de tomar conciencia sobre la mayor probabilidad de morir por una enfermedad que por acciones del enemigo (De los Reyes Eduardo 1990; OMS, 2000; Fernández R, 2002; Assaf, 2004).

Como se desarrollará con mayor amplitud en secciones posteriores, el siglo XX comienza con los aportes de Frederick Taylor en fabricación, quien tenía como meta, aumentar la producción y la productividad sin el aumento del número de artesanos expertos. En 1903, Taylor sugirió la adopción de tres principios:

- Unidad de comando
- Unidad de dirección
- Centralización

Su idea era separar el planeamiento de la ejecución. El trabajo pasa de ser organizado por un artesano a ser planificado por ingenieros, el trabajo es descompuesto en actividades sencillas para su análisis y ejecución. Estas actividades las realizan personas especializadas en pequeñas tareas, nace el trabajo en cadena y como consecuencia, disminuye el periodo de aprendizaje y aumenta la productividad de los trabajadores. A partir de allí, comienza el auge de la Administración Científica y la separación entre la planeación, el control y el mejoramiento de la ejecución del trabajo y se perfecciona el mecanismo de la producción en masa, lo que fue reduciendo progresivamente los costos unitarios

de producción. Los directivos se centraban en la eficacia del sistema de producción (Juran y Gryna, 1995; Soto Sánchez ,1998; Rodríguez de Rivera, 1999; Ansoff, 1995; Cantú 2001)

Por otra parte, Weber aporta un desarrollo conceptual, un cuerpo sistemático de ideas sobre la organización materializada de la burocracia, como la forma más eficiente de una estructura compleja, legítimamente aceptada y basada en una autoridad racional. La burocratización presupone la separación entre el “Estado” en cuanto sostén abstracto de los derechos de mando y creador de “normas jurídicas”, y todas las atribuciones personales de los “individuos” (Mascareño, 2003; Cantú, 2001)

Adicionalmente, en 1924 Henri Farol publicó sus catorce principios de la administración científica del trabajo, a partir de lo cual. los administradores se convencieron que, a través de su aplicación cuidadosa, se podría racionalizar completamente, la acción de todas las personas y de cualquier servicio o empresa, asegurando un funcionamiento regular, previsible, óptimo y eficiente. Una vez adoptado el modelo ya no sería necesario cambiarlo, revisarlo, estudiar su pertinencia; a lo más habría que corregir las acciones que lo implementaban. (UNESCO, 2000)

Para Ansoff (1995), hasta 1930 se desarrolló la era de la producción en masa, el marketing era elemental: la empresa que ofrecía un producto estandarizado al precio más bajo, llevaba las de ganar. Plantea además, que en la esfera económica, el control social y político era muy bajo y el Estado era un vigilante. La visión sobre la función del Estado, hasta las primeras décadas del XX, estaba asociada a la protección social solo a los más débiles.

En esta etapa, la calidad seguía focalizada en la atención hacia los resultados finales y el control de calidad, mediante la utilización de la inspección como herramienta para detectar errores. Sin embargo, ésta inspección de acuerdo al nuevo arreglo administrativo, debía ser realizada por persona diferente al operario, al que producía. Surgen así, los departamentos de inspección de calidad. Originado por este control de calidad, se genera un conflicto entre la función de

fabricación (a la búsqueda de aumentar la productividad) y la de control de calidad (cuya función era detectar todos los defectos posibles). Los técnicos de la calidad comenzaron a involucrarse en las fases de diseño del producto y se iniciaron las pruebas de comportamiento ambiental (Juran, 1995)

En 1914 Walter Shewhart realiza una serie de planteamientos, producto de las investigaciones realizadas en su trabajo, que se pueden considerar la raíz de los avances del estudio sobre la calidad en el siglo XX:

- a. Introduce la sistematización de la información en calidad con lo que la calidad avanzó a otra etapa, más allá de la inspección
- b. Comienza el control estadístico de procesos que gira alrededor de la idea según la cual los sistemas, constituidos por procesos, no se comportan acorde a un patrón exacto, sino más bien probable, esto es, tienen que ser explicados en términos estadísticos.
- c. Adicionalmente, de acuerdo a Gitlow (1991), Shewhart estaba consciente de los principios de la ciencia de la administración y del comportamiento, siendo él, la primera persona en hablar de los aspectos filosóficos de la calidad, señalando que tiene un componente objetivo y uno subjetivo. Considera que el punto de vista según el cual la calidad tiene múltiples dimensiones es únicamente atribuible a él.

Con este aporte, los años 20 atestiguaron la primera onda significativa del "control de calidad estadístico", teniendo su origen en el sistema de Bell, organización de comunicaciones donde trabajaba Shewhart. En ella, aplicaban ciertas herramientas de la metodología estadística al control de la calidad de los productos manufacturados del teléfono. Desde sus trabajos, parte lo que se conoce como el control de calidad moderno.

Hasta los años sesenta.

La Segunda Guerra Mundial se convirtió en un disparador de situaciones que impactaron tanto al campo de la salud como al del estudio de la calidad.

En la industria, durante esta guerra, el concepto de calidad equivalía a asegurar la eficacia del armamento (sin importar el costo) con la mayor y más rápida producción. El objetivo era garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en cantidad y momento precisos.

Luego de finalizada la segunda guerra los Estados Unidos se instalaron en Japón. Las fuerzas armadas intentaron reducir los problemas en el área de las comunicaciones haciendo un uso mayor de la inspección por muestreo. Decidieron sustituir las maneras empíricas del muestreo por los métodos basados en leyes de la probabilidad. Con la ayuda de los consultores de la industria, especialmente de los laboratorios del teléfono de Bell, adaptaron las tablas del muestreo que habían sido ideadas anterior por el sistema de esa empresa. Las tablas que resultaban fueron publicadas como Mil-std-105 e incorporadas en los contratos por la referencia. De esta manera comienza la introducción desde Norteamérica al Japón, de los conceptos y técnicas del moderno control de calidad, con base en la nueva realidad del país. (Juran, 1995; Ishikawa, 1990; Cantú, 2001)

Varios autores que han descrito el desarrollo de la calidad en Japón (Ishikawa, 1990; Juran y Gryna, 1995; Cantú, H, 2001), afirman que el choque de perder la guerra hizo que Japón quisiera explorar nuevas maneras del pensamiento de calidad. Con la participación del Estado japonés, la Keidanren (la federación japonesa de organizaciones económicas) y la recién creada JUSE (la unión de científicos y de ingenieros japoneses), las compañías japonesas actuaban colectivamente en cuanto a los cambios a efectuar para ser competitivos con la calidad como principal arma. Se considera que este hecho fue crucial para el desarrollo, consolidación y mejora de todo el movimiento japonés para la calidad y que les permitió realizar el mayor aporte sobre el tema, tanto en lo teórico como y en lo práctico. Enviaron a equipos al extranjero a diferentes compañías y estudiaron el manejo para la calidad. Tradujeron la literatura extranjera seleccionada al japonés. Invitaron a conferencistas extranjeros conducir cursos de aprendizaje en Japón. Entre ellos, W. Edwards Deming en métodos estadísticos y J.M. Juran en el manejo para la calidad, crearon la semilla que se convirtió lo

que luego se llamó la revolución de la calidad. La JUSE se convirtió en el núcleo de las actividades de control de calidad de Japón, resaltan entre ellas:

- La creación del grupo de investigación sobre control de la calidad con personas hoy consideradas como autores principales en el ámbito mundial tales como Ishikawa y Mizuno. La idea primaria era establecer un modelo japonés de control de la calidad, partiendo de la premisa de las diferencias históricas y culturales.
- Se crearon cursos de 6 meses sobre control de calidad, con la asistencia a lo largo de treinta años de más de 180.000 ingenieros japoneses, además de la participación de ingenieros de varias nacionalidades que posteriormente lo han tomado. En 1957 se creó el curso de control de calidad para altos directivos y se creó el curso de control de la calidad para directivos medios.
- Una de las actividades claves fue la invitación realizada por la JUSE a Edwuard Deming, a dar conferencias y cursos, que ayudaron a comprender la importancia del control estadístico de la calidad en las industrias manufactureras. Deming se convertiría en una de la persona de mayor reconocimiento por sus aportes en el área de la calidad para el Japón y el mundo.
- La promoción y difusión de los aspectos concernientes a la calidad y la formación del personal en el tema, ha sido uno de las actividades más prolíficas: desde publicaciones en 1955, hasta la creación en 1956 de una serie radiofónica para la formación del personal en Control de calidad, con 13 semanas de duración para supervisores de primera línea. Durante el primer año, se vendieron 100.000 ejemplares de la transcripción del programa y se creó una serie televisiva de transmisión semanal sobre tópicos de Control de calidad.
- En 1960 La UJCI, unión de Ingenieros Japoneses, publicó un libro control de calidad para capataces editado por Ishikawa. En los próximos 7 años venderían alrededor de 200.000 copias. Así se llevó a cabo la formación del personal de primera línea, base para la formación de grupos de trabajos en calidad.
- Crearon e instauraron los círculos de calidad, nombre dado a los grupos de trabajo en aspectos de calidad, con la publicación de un suplemento especial para supervisores en la revista Statistical Quality Control.

- Crearon el Premio Deming como reconocimiento los esfuerzos en calidad de las empresas.

Juran, autor que entra en Japón en 1954 cuando luego de extenderse el uso del Control Estadístico de proceso durante una década, los promotores e investigadores japoneses consideraron que entraban en un punto muerto. Su gran aporte sería la incorporación de los aspectos de la calidad en otros niveles de la organización mas allá de la línea de producción, sobre todo en la alta dirección (Ishikawa, 1990). Para él, las características de las actividades del Control de calidad que crearon la revolución en las industrias japonesas fueron, en forma resumida, las siguientes:

- a. Un programa masivo de formación relativo a la calidad.
- b. La ejecución de Programas anuales de mejora de la calidad.
- c. El liderazgo de la función calidad por la alta dirección. (Juran 1995)

En la posguerra, en Japón el concepto de calidad equivalía a "hacer las cosas bien a la primera". El objetivo de esta filosofía de trabajo era minimizar los costos a través de la calidad, satisfacer a los clientes y aumentar la competitividad de estas empresas.

Este período se caracteriza en cuanto a la calidad en general, incluyendo en los servicios de salud, por el énfasis en la certificación de los productos y procesos de producción. En 1946 se crea la ISO, Organización Internacional de Estándares con la finalidad de establecer por consenso y divulgar, la estandarización a nivel internacional. Al 2005, pertenecían a ella, 193 organismos nacionales de normalización o estandarización, lo que da una idea del grado de consenso y de utilización voluntaria de las normas técnicas internacionales aprobadas y vigentes (ISO, 2005).

Cercano a los sesenta, específicamente en 1956, se introduce otro elemento que ayudaría a formar el cuerpo conceptual de la calidad: el término Control total de Calidad de Armand Feigenbaum, basado en el enfoque total de sistemas. Bajo esta consideración, Feigenbaum planteó que la calidad no se puede concretar si el

proceso de manufactura se trata de controlar en forma aislada. Esa perfección reforzó la idea que ya había sido introducida por Juran acerca de la responsabilidad de la administración y de las áreas de servicio en relación con la calidad del producto. A partir de entonces, se empezaron a analizar las actividades de soporte y a derivar listas de estas para tener un proceso de manufactura de calidad (Cantú, 2001). Comienza la idea de gestionar sistemas de calidad, disciplina que luego se iría ampliando como se referirá en siguientes secciones.

En cuanto a la manera de relacionarse las organizaciones con los usuarios de los bienes y servicios producidos, según Ansoff hasta 1950, se desarrolla lo que denomina la era del marketing:

- General Motors provoca un desplazamiento desde la mente de producción hacia el marketing
- Se cambió de mirar a lo interior de la organización hacia el exterior de la misma
- Aumento de las exigencias por productos no estandarizados (Ansoff, 1995)

Los años sesenta

La sociedad y el Estado, a pesar de mantenerse en guardia contra las tendencias monopolísticas de las empresas, seguían prestando su decidido apoyo a la empresa en la búsqueda del desarrollo económico. Las aspiraciones sociales se deslizan del terreno de la cantidad a la calidad. En los países ricos, los individuos, al tener cubiertas sus necesidades más elementales, aspiran a unos niveles más elevados de satisfacción personal tanto en sus adquisiciones como en su situación laboral. Comenzaría lo que Ansoff denomina la era post industrial cuando se comienzan a fabricar productos no solicitados (Ansoff, 1995)

Por su parte, Ishikawa (1990) plantea que en los 60 las actividades de Control de Calidad se ampliaron a:

- El establecimiento de la política de la alta dirección sobre calidad y del plan de ámbito empresarial que permitiría llevar a cabo esa política a largo plazo.
- La introducción del concepto y de las técnicas de control de la calidad en el desarrollo de un nuevo producto.
- El establecimiento de un sistema de aseguramiento de la calidad, al ámbito de toda la empresa.
- La realización de auditorías de control de la calidad.
- La ampliación de las actividades de control de calidad, con la finalidad de incluirlas en las funciones de venta y marketing de los agentes comerciales, las firmas distribuidoras, los grandes almacenes, las tiendas entre otros.
- Las actividades incluyen a todos los empleados de la empresa.

Por su parte, en este lapso, Crosby propone un enfoque hacia las relaciones humanas en las organizaciones, incorporando la relación entre el personal, su motivación y seguridad y la calidad de los productos y servicios (Cantú, 2001).

Hasta los 80

Durante los 70 y 80', las organizaciones se vieron sujetas a la necesidad de satisfacer los requisitos de múltiples programas de gestión de la calidad. Estos eran programas que habían sido establecidos en distintos sectores económicos, entre ellos el militar. Todos contaban con un elevado grado de semejanza en los detalles de sus requisitos, diferenciándose en la presentación y la secuencia de ellos. Durante los setenta se tomó conciencia que la rivalidad entre programas no era rentable. En consecuencia, varios países establecieron normas nacionales de sistemas de gestión de la calidad armonizadas, como por ejemplo, las normas BS 5750 del Reino Unido y las CSA Z 299 de Canadá.

Debido a la amplia difusión que los sistemas para gestionar la calidad estaban adquiriendo se vio la conveniencia de establecer una Norma Internacional. En 1979 se constituyó dentro de ISO el Comité Técnico N° 176, el que se identifica como ISO/TC 176 "Gestión de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad", con el propósito de establecer, normas genéricas y de aplicación universal.

En el mercado de las organizaciones productoras de bienes, la demanda desde las organizaciones usuarias o clientes por la calidad de los productos o servicios se incrementa hacia las organizaciones proveedoras o productoras de bienes; los pedidos recurrentes de justificar los métodos y procedimientos para asegurar siempre la calidad de los productos. Por ello, al igual que en el ámbito militar, surge la necesidad de contar con un conjunto de normas asociadas a la gestión de los Sistemas de Calidad en las organizaciones y se elaboró desde 1978 hasta 1987 con este fin, la serie ISO 9000, dirigida al establecimiento de los Sistemas de Gestión de la Calidad, la cual tendría renovaciones periódicas en función de los mismos fundamentos de los cambios necesarios predicados por la disciplina. (ISO, 2005; Cantú, 2001)

Utilizando esta norma entre otros criterios, la evolución de las acciones hacia la calidad, puso el énfasis en desplegar la calidad en todos los niveles de la organización, incluyendo finanzas, ventas, personal, mantenimiento, administración y servicios. Se expande en el ámbito mundial, en la mayoría de las organizaciones, el hecho de que la calidad debería ser garantizada por todo el sistema, más allá de la línea de producción. Además, la calidad se convirtió en un medio de supervivencia organizacional, debido a los altos costos, reducción en la productividad y el alto desempleo. (Gitlow, 1991)

Hasta hoy

En las organizaciones a escala mundial, la carrera hacia la consecución de la calidad ha seguido creciendo, si tomamos como referencia el movimiento de la certificación internacional de los procesos de trabajos en las organizaciones, siguiendo los lineamientos de la norma ISO 9000 (cuya última revisión y aprobación es del 2008) asociada a los Sistemas de Gestión de la Calidad. En el año 2000, se llegó a un cuerpo de aspectos teóricos donde confluyen los aportes de los principales autores, de amplio consenso dados la participación de una amplia cantidad de países dentro de las discusiones y aceptación de lo referido en la norma. El número de organizaciones a nivel internacional, productoras de bienes y servicios, certificadas con las normas ISO 9000 había aumentado en

forma exponencial, en el año 2005, seis veces en diez años(ISO,2006). Un elemento adicional de este movimiento de certificación es que con la revisión realizada, se tornan universales los principios del Sistema de gestión de la Calidad, indistintamente si es una organización de bienes o de servicios; si es organización sin fines de lucro o organización pública. Sin embargo, esto es sólo una respuesta al aumento en las exigencias que los consumidores han puesto en las organizaciones para la satisfacción de sus necesidades. (ISO, 2000; 2005)

En el campo industrial, donde los esfuerzos a la mejora de la calidad se han convertido en una cuestión de sobrevivencia, los autores coinciden que se han transitado al menos por cuatro etapas:

- La inspección y corrección de los resultados, bienes y servicios.
- El control estadístico de la calidad, primero de los productos y luego se dirigió además a los procesos.
- Una etapa donde se necesitaba dar confianza a los usuarios acerca de la calidad de los resultados, esto es, asegurar la calidad
- Una etapa donde se toma conciencia acerca de la importancia de todas las personas, en todos los procesos y con la finalidad de sobrepasar las expectativas de los clientes, usuarios o beneficiarios siempre, denominada la etapa de la calidad total

El concepto de Calidad

En la sección anterior se presentó como la forma de organizarse para generar bienes y servicios y por tanto, la forma de obtener la calidad ha transitado por diferentes etapas. De esa diversidad han surgido además diferentes concepciones sobre el concepto de calidad. A continuación se presentan algunas de las acepciones y una breve caracterización del mismo.

Características del concepto Calidad

Del Drae(2005), calidad (Del lat. *qualitas*, -*ātis*) significa:

- f. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una persona o cosa que permiten apreciarla con respecto a las restantes de su especie: mejor, peor calidad.
- Superioridad o excelencia.
- Clase, condición, en calidad de
- Nobleza de linaje.
- Importancia.

Para Cano (2000), de su significado se desprende dos vertientes del uso del concepto, las cuáles pueden arrojar distintos resultados al momento de utilizarlos o evaluar a alguien o algo:

- La calidad como descripción de algo o alguien al ser entendida como cualidad, como conjunto de atributos o propiedades referentes a algo o alguien. De esta forma, calidad sería una palabra neutra, no implica juicios de valor y a la que debe añadirse un calificativo. La valoración se da a través de la palabra buena o mala. Calidad en este sentido se correspondería con la acción de calificar (bien o mal).
- La calidad entendida en términos absolutos como superioridad o mayor bondad de algo, como definición normativa de algo o alguien. En este caso,

la palabra calidad va imbuida de valores, no es neutra, debido a que incluye el adjetivo “buena”. Calidad en este sentido valorativo se correspondería con la acción de cualificar bien.

Junto a otros autores, la autora plantea que el concepto calidad tiene características que afectan la creación de consenso al momento de su evaluación por parte de diferentes personas o grupos:

a. La relatividad, la subjetividad, la complejidad o la ambigüedad.

Los diversos sistemas de valores, las culturas, las ideologías y los intereses de grupos o individuos se proyectarían en otras caracterizaciones de la calidad de un servicio (en su caso: la educación): puede ser definido desde una perspectiva multidimensional ya que:

- Significa cosas diferentes para personas distintas, es decir, existe una diversidad de intereses de las personas involucradas.
- Puede suponer cosas distintas para una misma persona en diferentes momentos y situaciones, según sus objetivos.
- Se trata de un concepto que tanto puede definirse en términos absolutos considerándolo un ideal al cual no se puede renunciar, como en términos relativos y
- Es un concepto escurridizo asociado a lo que es bueno y merece la pena y con él es necesario comprometerse.

b. La diversidad.

Puesto que varía a lo largo del tiempo y el espacio. Relacionada con parámetros temporales, ideológicos, económicos y por tanto imposible de consensuar una definición válida para cualquier contexto y época, por lo tanto es necesario reconocer que la calidad no es algo absoluto ni estático.

La calidad se asocia con:

- El nivel en que se alcanzan unos objetivos
- El valor añadido
- El nivel en que se satisface al usuario

- La excelencia de procesos y resultados
- El desarrollo adecuado de habilidades y aptitudes
- La realización de sí mismo
- Buen entrenamiento para desempeñar un trabajo
- Eficiencia, en tanto que se ponen en relación las entradas con las salidas

Por tanto para valorarla debe ser necesariamente en plural.

c. La temporalidad:

La calidad es una cuestión a largo plazo. Esto lleva a pensar acerca de la coherencia de las políticas públicas.

d. Se pregunta si la calidad es un asunto técnico, con la finalidad de reflejar la sustantividad política del término ya que por estar impregnada de valores, medir la calidad es un proceso político cargado de opciones personales.

La calidad en el contexto organizacional. Definiciones y principios

Actualmente, existe una gama amplia de conceptos, técnicas, métodos y herramientas para estudiar, obtener y mejorar la calidad en las organizaciones, debido al carácter estratégico que tiene en el mercado globalizados actual (Juran y Gryna, 1995; Saturno, 1999; 2000, Camisón et al, 2007; Gryna, Chua y Feo, 2007). No obstante y como se planteó en secciones anteriores, existen pocos autores reconocidos como clásicos de acuerdo a las referencias que se hacen de sus aportes teóricos, algunos de ellos asumidos en los diferentes modelos utilizados hoy. De ellos se presentan a continuación, sus conceptos sobre calidad

- Walter Shewhart, introduce el concepto de “control”, que define de la siguiente manera:

“Se dice que un fenómeno está controlado cuando, a través del uso de experiencias previas podemos predecir, cuando menos dentro de ciertos límites, como se espera que dicho fenómeno varíe en el futuro. Aquí se entiende por predicción dentro de ciertos límites, que

podamos asegurar al menos en forma aproximada que el fenómeno observado caerá dentro de ciertos límites dados”. Gitlow, 1991,pág. 7

Las cartas o gráficas de control creadas por Shewhart, sirvieron de herramientas para observar la variación de una variable en el tiempo, y su comportamiento con respecto a unos límites de control establecidos. Con esta herramienta, era posible hacer lo referido.

Shewhart uno de los aportes más significativos para lo que fue el desarrollo de la disciplina de la Gestión de la Calidad a posterior. Sembró la idea de la recursividad en las operaciones de producción, introduciendo el pensamiento lineal imperante en la época, para visualizar a la producción como un sistema. Esto lo hizo con lo que hoy se conoce como el Ciclo PDCA, o ciclo de Deming, quien lo llevó a otro nivel, además de popularizarlo, o Ciclo de Gestión.

A partir del ciclo que había ideado, de crear las especificaciones- producir- inspeccionar, se preguntó;

Shewhart escribió,

Estos tres pasos deben ir en un círculo en lugar de en una línea recta, como se muestra. . . Esto puede resultar útil para pensar en los tres pasos del proceso de producción en masa como pasos en el método científico. En este sentido, especificaciones, producción e inspección se corresponden, respectivamente, con la realización de una hipótesis, llevar a cabo un experimento, y prueba de hipótesis. Los tres pasos constituyen un dinámico proceso científico de adquisición de conocimientos (Shewhart, 1939, en Moen y Nolan, 2006, p: 1)

Aun cuando luego se introdujeron modificaciones para llevarlo a niveles más allá de la producción (coincidiendo con la evolución de la gestión de la calidad), Shewhart introdujo en una época muy temprana, la noción de aprendizaje organizacional a partir de las actividades cotidianas.

Hoy, el Ciclo PDCA método base en la Gestión de la Calidad, tiene la siguiente figura:



Figura. 2

.Fuente: Falconi, 1994

Mediante su utilización se puede, gestionar cualquier proceso desde su planificación hasta las acciones correctivas para adecuarse a las necesidades y expectativas de su grupo de interés.

- Deming, quien fuera un gran impulsor de las ideas de Shewhart, definió el control de calidad como
 “la aplicación de principios y técnicas estadísticas en todas las etapas de producción para lograr una manufactura económica con máxima utilidad del producto por parte del usuario”. Gitlow, 1991,(pág.8)
- Freigenbaum definió el control total de calidad como
 “un sistema efectivo para la integración de los esfuerzos de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento que los diferentes grupos

de una organización realizan para poder proporcionar un producto o servicio en los niveles más económicos para la satisfacción de las necesidades de los usuarios”. Gitlow,1991,pág.

- Juran plantea que la calidad tiene diversos significados, pero que dos de ellos, son claves para la gestión de la calidad, convirtiéndose en dos dimensiones de la misma:

“1. calidad significa aquellas características del producto que se ajustan a las necesidades de los clientes y que por tanto lo satisfacen...”

2. calidad significa ausencia de deficiencias: ausencia de errores que requieran rehacer el trabajo o que resulten en fallos de operación, insatisfacción del cliente, quejas del cliente, etc.” (Juran y Blanton, 2001:p 2.2)

- Para la norma internacional ISO 9000:2005, donde confluyen los aportes de los principales autores sobre la calidad, la calidad la definen como:

“El grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos... El término calidad puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena, excelente.” (ISO, 2005)

De los conceptos anteriores, se desprende que en las organizaciones, la obtención de la calidad está, como es de esperarse, asociada a los diferentes momentos por la que transitan las funciones ejecutadas. Antes se asociaba sólo al proceso productivo, luego a todas las actividades llevadas a cabo a lo largo y ancho de la organización.

En la actualidad, en la norma ISO 9000 del año 2008 (ISO,2008), producto del trabajo en conjunto realizado por diferentes países en el comité 176, la Gestión de la Calidad está referida a la Planificación, Control, Aseguramiento y Mejora de la calidad y para ello se precisa de un sistema que conformaría un subsistema del sistema organizacional: el Sistema de Gestión de la Calidad, el cual es el objeto

que se estudia y norma en el documento. En ella se consolidan algunos criterios y principios estudiados y presentados por los autores referidos.

Aporte de los autores reconocidos a la Calidad y su Gestión

En forma resumida, los diferentes autores han realizado aportes a la disciplina de la calidad que se pueden ver en diversos escritos de diferentes fuentes. Estos aportes se encuentran dentro del cuerpo teórico construido y aceptados por la comunidad internacional hasta hoy, debido a su eficacia en el tratamiento del estudio y concreción de acciones para mejorar la calidad en las organizaciones. Algunos de ellos se presentan a continuación con el autor asociado entre paréntesis:

- a. La calidad estará relacionada siempre entre un proveedor, un usuario y un producto o servicio. (Juran y Deming)
- b. Los procesos de trabajo, son los únicos elementos que generan resultados en las organizaciones. Estos resultados pueden ser bienes o servicios. (Shewhart)
- c. Los procesos pueden ser vistos como un conjunto de causas, las cuales a su vez, estarán influenciadas por otras, de allí, que los resultados de un proceso siempre serán variables. (Shewhart)
- d. Por eso se considera pertinente utilizar los postulados del control estadístico de procesos de Shewhart referidos anteriormente:
 - Las causas que condicionan el funcionamiento de un sistema son variables, por lo cual no sirven para predecir exactamente el futuro.
 - Los sistemas constantes existen únicamente en la naturaleza, no así en el ámbito de la producción industrial (o de servicio agregaríamos), en donde las causas de variación siempre están presentes en la calidad de los insumos y medios utilizados.
 - Las causas de variación pueden ser detectadas y eliminadas.
 - De lo anterior se entiende a la calidad como un problema de variación que para ser controlado y prevenido es preciso la

eliminación a tiempo de las causas que lo provocan, de tal forma que la producción de bienes y servicios se puede cumplir con la tolerancia de especificación de su diseño. (Gitlow, 1991; Juran y Gryna, 1995)

e. Las funciones dentro de una organización dependerán del tipo de organización, pero según Jurán siguen una secuencia de eventos relativamente invariables, para colocar sus productos o servicios a un usuario. Esta secuencia se mueve como un círculo no cerrado o una espiral. La secuencia que se consigue en la mayoría de las organizaciones es la siguiente:

- Investigación de mercados
- Diseño y desarrollo del producto o servicio
- Especificaciones
- Compras, relación con proveedores
- Planeación de la producción
- Ejecución de la Producción del bien o servicio
- Control del proceso
- Pruebas de inspección
- Apoyo administrativo de comercialización
- Servicio al cliente: mayoreo, menudeo, detal o uso
- Retroalimentación
- De nuevo, investigación de mercado....

De allí que la calidad se “construye” en varios procesos y en varios momentos. La organización entonces, es una red de procesos concatenados.

En la ejecución de cualquiera de esas funciones, en un proceso dado, siempre se incluyen tres papeles para el que los realiza:

- El papel de Cliente: cuando recibe insumos de información y bienes físicos

- Procesador: cuando convierte estos insumos en productos o resultados,
- El proveedor cuando distribuye los productos resultantes a los clientes. (Juran y Gryna, 1993)

De acá se desprende que los proveedores, clientes no sólo están fuera de la organización, sino que se puede hablar de proveedores y clientes internos. Cada proceso tiene proveedores, procesadores y clientes, que pueden estar fuera, o externos, así como pueden estar en dentro del sistema, o internos.

- f. La calidad no se puede concretar si el proceso de generación de productos y servicios se trata de controlar en forma aislada, es preciso reconocer la responsabilidad de la administración y de las áreas de servicio de apoyo a los procesos medulares, en relación con la calidad del producto (Feigenbaum y Jurán).
- g. La calidad es una cuestión de actitud hacia hacerlo bien como la propuso a principios de los años sesenta Crosby. Por tanto la motivación y conciencia que tengan los trabajadores para realizar el trabajo bien, impactará la calidad de los resultados
- h. Todas las actividades productivas, administrativas y de servicios de una organización son, en menor o mayor grado, planeadas, ejecutadas y controladas. La calidad sería alcanzada en la medida que se realice de una manera sistemática y con una orientación hacia las necesidades del consumidor, tanto interno como externo. Por tanto, toda actividad sigue el método de trabajo PDCA (Plan, Do, Check; Act o planificar, hacer, verificar y actuar), también conocido como ciclo de control de Deming o método de Shewhart . (Gitlow, 1991, Juran y Gryna, 1993; Falconi, 1994)

Lo que sí es posible afirmar, es que la persona o grupo que interactúa con el sistema organizacional, acude a éste porque requiere satisfacer unas necesidades específicas que posee, y el sistema genera unos productos o servicios que tienen

unas características que pueden alcanzar este objetivo; el qué utiliza y cómo lo hace la organización, no es de su interés. Sin embargo, al final, sólo esta persona o grupo, son quienes pueden establecer la calidad la calidad de lo que obtuvo. Y si no lo consigue con esta organización, buscará uno del mismo tipo, pero con características que puedan satisfacerlo, en otra organización. De allí el valor estratégico del manejo de los asuntos asociados a la consecución de la calidad.

Pero para la organización, se torna difícil satisfacerlo pues la diversidad de esos requerimientos, de los recursos que utiliza, de las actividades que despliega y de los resultados intermedios y finales que obtiene, es tal que aumentan la complejidad de la vida interna del sistema.

Por eso, es necesario escoger un enfoque, un orden para el estudio, el manejo y la mejora de la calidad de los productos y servicios. Consideramos útil asumir que:

- Centrarse en las necesidades y expectativas de la persona o grupo al que dirigirá sus resultados, pues son ellos quienes determinarán la calidad de lo entregado.
- Centrarse en los procesos de trabajo, debido a que son los únicos responsables de que se obtengan resultados, impactan directamente a la calidad de sus resultados en particular y de la calidad del producto o servicio en general al estar interrelacionados y es el espacio donde la interactúan todos los elementos que la organización posee.
- Dado que existe una interacción de elementos, estas relaciones tienen restricciones en la secuencia de incorporación al proceso, dando al final un ciclo de vida del producto o servicio. De ahí que la variable tiempo, se torna clave para poder ubicar estas interrelaciones y el estatus de la calidad en momentos distintos, en procesos que tienen objetivos diferentes y a veces contradictorios.

Esta temporalidad en la construcción de la calidad y los objetivos de los procesos, se producen por las dimensiones de la calidad como son denominadas por

autores (Jurán y Blanton, 2001; Garvin, 1988; Falconi, 1992), pero consideramos que momentos de la calidad sería una mejor denominación:

- i. Calidad de diseño o de proyecto: Momento donde se traducen las necesidades y expectativas de las personas o grupos al lenguaje técnico y se decide cuáles especificaciones serán asumidas.
- ii. Calidad de conformidad Momento en que los resultados del proceso se ajustan a unos estándares de calidad preestablecidos.
- iii. Calidad de atención: Momento de la entrega al cliente. Su duración es variable dependiendo de la naturaleza de lo que se va a entregar, de allí que se torne clave el diseño de los procesos asociados a este momento. El trato, la cantidad suministrada y la oportunidad de la entrega son aspectos de este momento.
- iv. Calidad percibida: Momento en que la persona o grupo utiliza el producto o servicio y percibe la calidad del mismo en función de sus necesidades.
- v. Calidad de servicio post venta: Momentos posteriores a la entrega del producto o servicio, donde de la persona o grupo requiere la intervención del proveedor para continuar satisfaciendo sus necesidades con lo entregado o cuando el proveedor monitorea si fueron satisfechas las necesidades o si sería necesario rediseñar lo realizado.

En resumen, de los conceptos planteados se desprende que para que un producto o servicio pueda satisfacer en su totalidad a un usuario o consumidor de un producto o servicio, es preciso que se obtenga un grado de calidad suficiente en cada fase de los procesos que afectan el ciclo de vida el ciclo de vida de lo entregado por la organización.

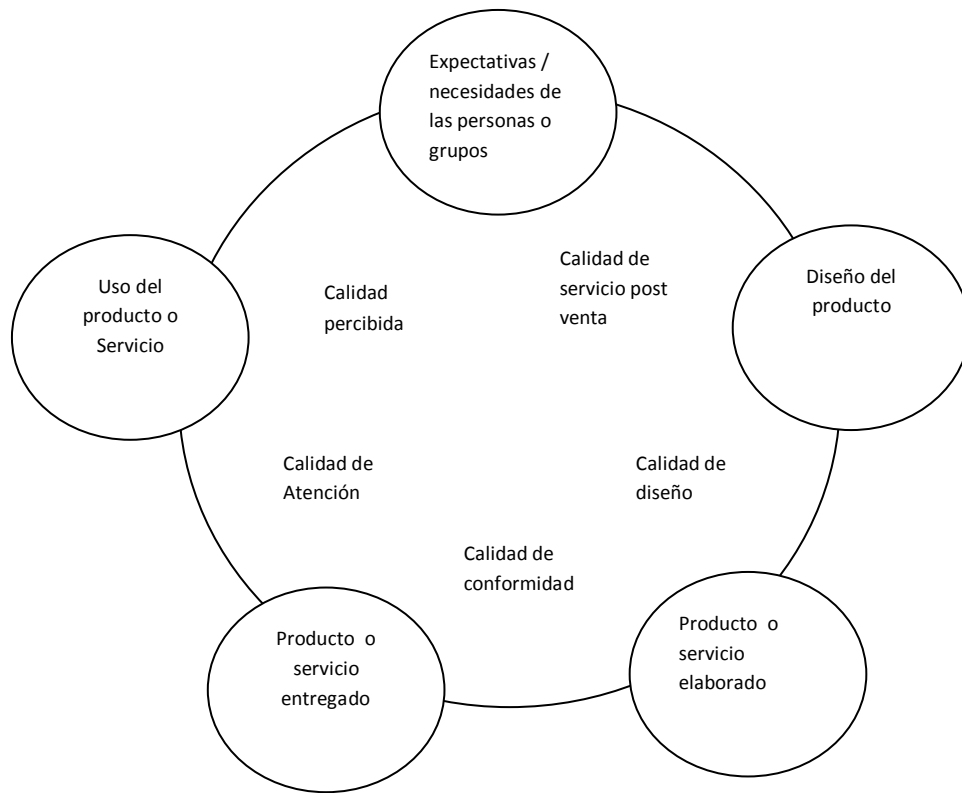


Figura 3. Momentos de la Calidad, por fases de actividades interdependientes.

Fuente: Jurán y Gryna, 1988 y Garvin 1987

La Calidad en los servicios

Los servicios, sus características y la calidad de servicio

Para definir cualquier producto, se facilita la tarea, pues por ser un objeto tangible, es fácil consensuar en un grado apreciable, la definición o descripción que varias personas tengan de él. Pero en el caso de los servicios se dificulta la demarcación de sus límites, de su contenido, de sus características. Presentamos los conceptos de tres autores que gozan de algún grado de reconocimiento por sus aportes en la investigación académica sobre los servicios:

- a. Zeithaml y Bitner (2002): “en términos simples, los servicios son acciones, procesos y ejecuciones” p:3
- b. Grönroos (2002) plantea que : “un servicio es un proceso que conduce a un resultado durante procesos simultáneos de producción y de consumo”
- c. Kotler (1994) : “un servicio es cualquier actuación que una parte puede ofrecer a la otra, esencialmente intangible, sin transmisión de propiedad. Su prestación puede ir o no ligada a un producto físico.”

A partir de lo planteado por estos y otros autores, se han establecidos unas características de los servicios que gozan de amplio consenso (Zeithaml y Bitner, 2002; Cristobal, 2002; Camisón et al,2007). Los servicios son:

- a. Intangibles: físicamente no pueden ser tocados, saboreados, olfateados o vistos, y pueden ser difícil de comprender por la mente. Esta es la característica común a todos los servicios, tal vez la única.
- b. Heterogéneos: los servicios tienen resultados que pueden ser muy variables dependiendo del productor, del cliente y de variables que cambian en lo cotidiano. Esta ha sido la característica que ha sido más referida al momento de negar la posibilidad de mejorar la calidad en los procesos de servicio y su estandarización.
- c. Inseparables: la producción y el consumo del servicio son concomitantes.
- d. Perecederos: Los servicios no son acumulables, almacenables.

Las características anteriores, producen una serie de consecuencias para la organización que los genera, fundamentalmente asociada a la calidad del servicio (Zeithaml y Bitner, 2002; Grönroos, 2001; Camisón y otros, 2007):

- i. Es difícil ponerse de acuerdo con los clientes, e incluso internamente, acerca de las características que debe poseer un servicio dado, dificultando estandarizar el proceso de producción y también la medición y evaluación
- ii. Mientras, al cliente se le dificulta saber si ha pagado en exceso por un servicio.
- iii. Lo heterogéneo genera altas variaciones en un proceso productivo, base para la estandarización, monitoreo y mejora de la calidad de los procesos y de los resultados, y por tanto dificulta asegurar la satisfacción de las necesidades cambiantes de los usuarios.
- iv. Se torna difícil evaluar y prevenir que los errores de producción llegue al usuario, ya que este se genera y se consume al mismo tiempo.
- v. Existen muchos momentos de intercambio con el personal de “producción”
- vi. Los clientes participan en el proceso de producción del servicio y por tanto lo que haga y como lo hace, tienen un impacto en el resultado final.
- vii. Los servicios son procesos, no cosas.
- viii. En un modelo de la comercialización del servicio, el punto de partida para el planeamiento no es un producto sino un concepto del servicio, es decir, una “idea sobre cómo los recursos de generación de calidad deben funcionar y qué resultado deben alcanzar para el cliente”. Grönroos (2001)

Modelos de Calidad de Servicio

Debido a las dificultades surgidas por las características de los servicios y a la multidimensionalidad del concepto calidad, han sido planteadas una cantidad considerable de modelos para el estudio de la calidad de servicios, entre 1998 y 2003 Seth, Deshmukh y Vrat, (en Camisón et al, 2007) contabilizaron 19 de estos modelos conceptuales. En la disciplina del marketing, existen dos grupos de autores que han sido referidos por la mayoría de los trabajos de calidad de

servicio, con críticas incluidas. Son conocidos por el origen de estos autores, como la Escuela nórdica y la escuela norteamericana.

a. Escuela nórdica. Tiene como principal representante a Christian Grönroos y junto a él, Gummerson y Lethinen. Estos autores tienen como centro de estudio la calidad de servicio desde el punto de vista del producto o resultado. Desde ese foco de estudio, Grönroos (1988) define a la calidad de servicio como un resultado de integrar la calidad en tres componentes:

- i. Calidad técnica o del concepto de servicio que se entrega.
- ii. Calidad funcional, referida a la calidad del proceso para generar el servicio
- iii. Imagen corporativa, la cual se configura como resultante de la conjunción de las anteriores

Debido a lo subjetivo de la percepción, para el autor es difícil evaluar la calidad funcional. El modelo propuesto por este autor define y explica la calidad de servicio a la vez que asocia su gestión con las actividades propias del marketing y la relación de intercambio con un mercado de consumidores. De hecho, expresa que en las investigaciones, su interés ha sido el mercadeo, no la calidad (Grönroos,2001).

Partiendo de esa conceptualización, el autor propone lo que llama la oferta de servicios incrementada, modelo en el cual plantea analizar el servicio considerándolo como un producto tangible, esto es, como un producto desarrollado, producido, distribuido, comercializado y consumido. Para ello, el modelo es explicado por cuatro elementos fundamentales:

- i. El desarrollo del concepto de servicio, donde se determinan las premisas organizacionales para el diseño y desarrollo del mismo.
- ii. El desarrollo de un paquete básico de servicios, en el cual incluye tres tipos de servicio:
 - 1.El servicio esencial que se refiere a la razón de ser de la organización que lo presta.

- 2.El segundo se refiere a los servicios que facilitan el uso del servicio esencial.
 - 3.Por último los servicios de apoyo, tienen carácter auxiliar y su principal utilidad se hace patente a la hora de aumentar el valor y diferenciar el servicio de los principales competidores que actúan en el mismo mercado.
- iii. El desarrollo de la oferta de servicios incrementada, donde adicionalmente se consideran:
1. La accesibilidad del servicio, elemento que hace referencia a la localización y diseño del establecimiento, al número de empleados y su preparación, al conocimiento del número de clientes y del uso que hacen de las instalaciones; el horario del negocio.
 2. Las interacciones las podemos establecer entre empleados y clientes; entre sistemas y equipos; interacciones de los clientes con las instalaciones; y entre los propios clientes comprometidos en el proceso
 3. La participación del usuario incide en el hecho de que el cliente influye en el servicio que percibe, ya que participa en él.
- iv. La gestión de la imagen y de la comunicación, donde la. imagen actúa como filtro en la calidad de servicio percibida. Una imagen favorable aumenta la calidad percibida así como una imagen desfavorable, la deteriora. Por lo intangible de los servicios, las actividades de comunicación de marketing influyen tanto en las expectativas, como también tienen un efecto directo sobre las percepciones.

b. La escuela norteamericana.

Esta escuela, es liderada por Parasuraman, Zeithaml y Berry, quienes a diferencia de la nórdica, centran su atención en las percepciones del cliente, para definir y estudiar la calidad de servicio, enfocándose fundamentalmente en el momento de

la entrega. La valoración de la calidad del servicio desde este centro de atención, se distingue debido a que:

- a. Se basa más en la percepción del cliente acerca del desempeño del servicio, que de la información que tenga. Esto es, priva lo subjetivo sobre lo objetivo.
- b. Se basa tanto en atributos intangibles, como en características tangibles del servicio. En la evolución de las investigaciones se ha venido corroborando la importancia que el cliente da a lo intangible del servicio. Horovitz (en Camisón et al, 2007) señala que mientras más inmaterial sea un servicio, los aspectos intangibles tendrán más influencia.

El modelo desarrollado a partir de varias investigaciones de los autores, ha sido ampliamente utilizado en el área y es un punto de referencia obligado en el estudio y la gestión de la calidad de servicio.

Los autores distinguen los conceptos de calidad de servicio, del de satisfacción, reconociendo que poseen aspectos comunes, ver figura anexa:

1. La calidad del servicio la definen como la amplitud de las diferencias o brechas que existía entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones respecto a la prestación del servicio (Parasuraman, Zeithmal y Berry 1993), e incluye las dimensiones del servicio señaladas en la figura.
2. La Satisfacción del cliente, es definida como un concepto más amplio, que equivale a las percepciones del cliente. Esta influenciado por otros elementos adicionales a la calidad del producto y del servicio, por su precio y por factores del entorno y subjetivos.

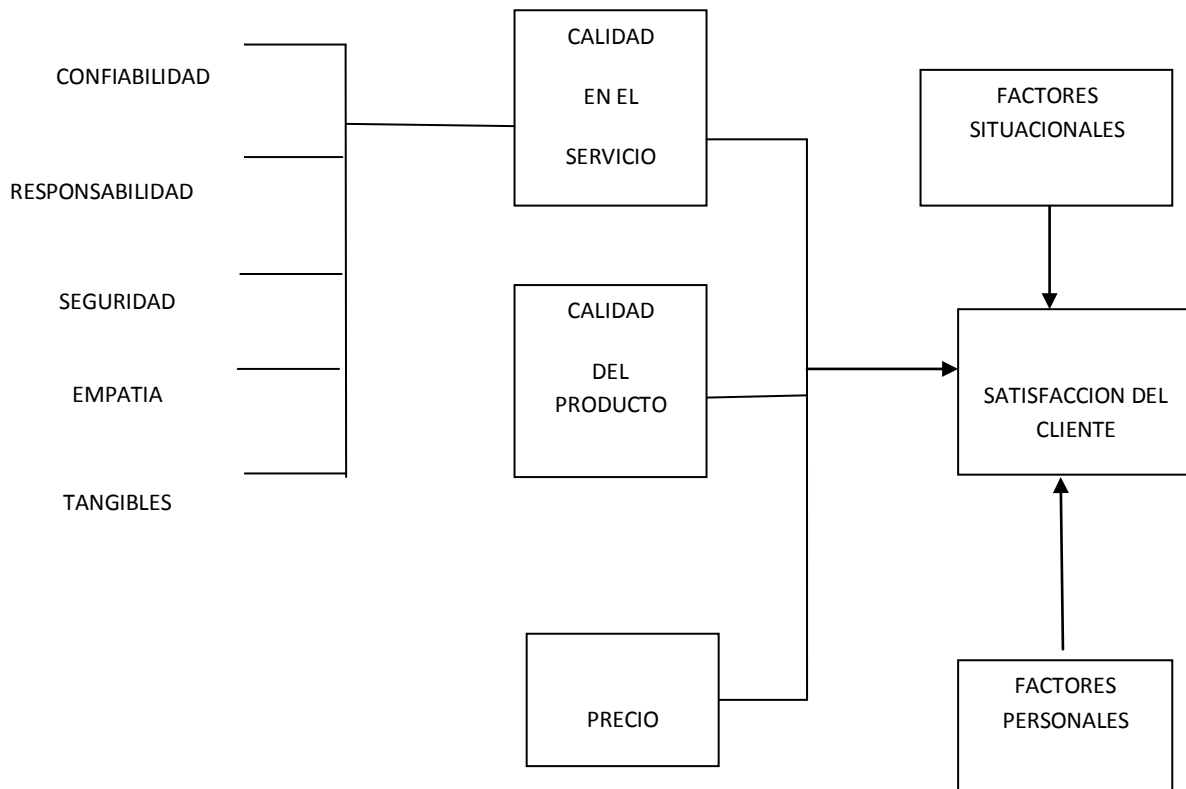


Figura 4: La relación entre La calidad percibida y la Satisfacción del cliente.

Fuente: Zeithaml y Bitner, 2002

Estos autores, desarrollaron un modelo conceptual de la calidad del servicio partiendo de las conclusiones de sus investigaciones y diseñaron un instrumento de medida que identificaron como SERVQUAL (SERVice QUALity) para evaluarla (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

El modelo SERVQUAL utiliza lo que la literatura llama el “paradigma de la desconfirmación de satisfacción del cliente”, generándose una escala para la evaluación de la calidad de un servicio comparando la percepción del servicio recibido con las expectativas del mismo cliente.

En ella, los clientes valoran la calidad del servicio, al comparar lo que desean o esperan, con lo que actualmente reciben o perciben que reciben a partir de “una comparación entre lo que considera debe ser el servicio ofrecido por la empresa (sus expectativas), y su percepción del resultado de los prestatarios del servicio” (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 14).

Inicialmente, estos autores encontraron diez dimensiones que explicaban la calidad de servicio:

1. Elementos tangibles que incluye: la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
2. Fiabilidad, que se entiende como la capacidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa, a la primera vez.
3. Capacidad de respuesta. Disposición para ayudar y atender a los clientes, y para proveerlos de un servicio rápido.
4. Profesionalidad. Posesión de las destrezas, actitudes y aptitudes requeridas y el conocimiento del proceso de prestación del servicio.
5. Cortesía. Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto.

6. Credibilidad. Veracidad, creencia, y honestidad en el servicio que se provee.
7. Seguridad entendida como la ausencia de peligros, riesgos o dudas.
8. Accesibilidad. Lo accesible y fácil de contactar.
9. Comunicación. Habilidad para informar a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles.
10. Compresión del cliente. Es el esfuerzo realizado para conocer a los clientes y sus necesidades.

La escala se publicó por vez primera en 1955 y ha sufrido modificaciones luego de ello, reduciendo las dimensiones de la calidad del servicio a cinco (Zeithaml y Bitner, 2002):

1. Elementos tangibles: apariencia de todo lo perceptible asociado al servicio.
2. Fiabilidad o habilidad para realizar el servicio de manera confiable y cuidadosa.
3. Capacidad de respuesta: disposición y voluntad para ayudar al usuario y atenderlo de forma rápida. Prontitud y espíritu servicial
4. Seguridad o conocimientos y atención mostrada por los empleados y sus habilidades para inspirar confianza y credibilidad.
5. Empatía o atención individualizada que se ofrece a cada cliente, comunicación y comprensión de sus necesidades.

Los autores desarrollaron además, un modelo explicativo de las causas de las fallas de la calidad del servicio percibida por los clientes, en función de las deficiencias internas a la organización. En él se despliegan las discrepancias o brechas posibles, lo que permite tener un marco referencial para entender y mejorar la calidad del servicio estudiado. Estas posibles brechas son mostradas en el gráfico anexo y significan lo siguiente (Zeithaml y Bitner, 2002):

Brecha 1: No saber lo que el cliente espera.

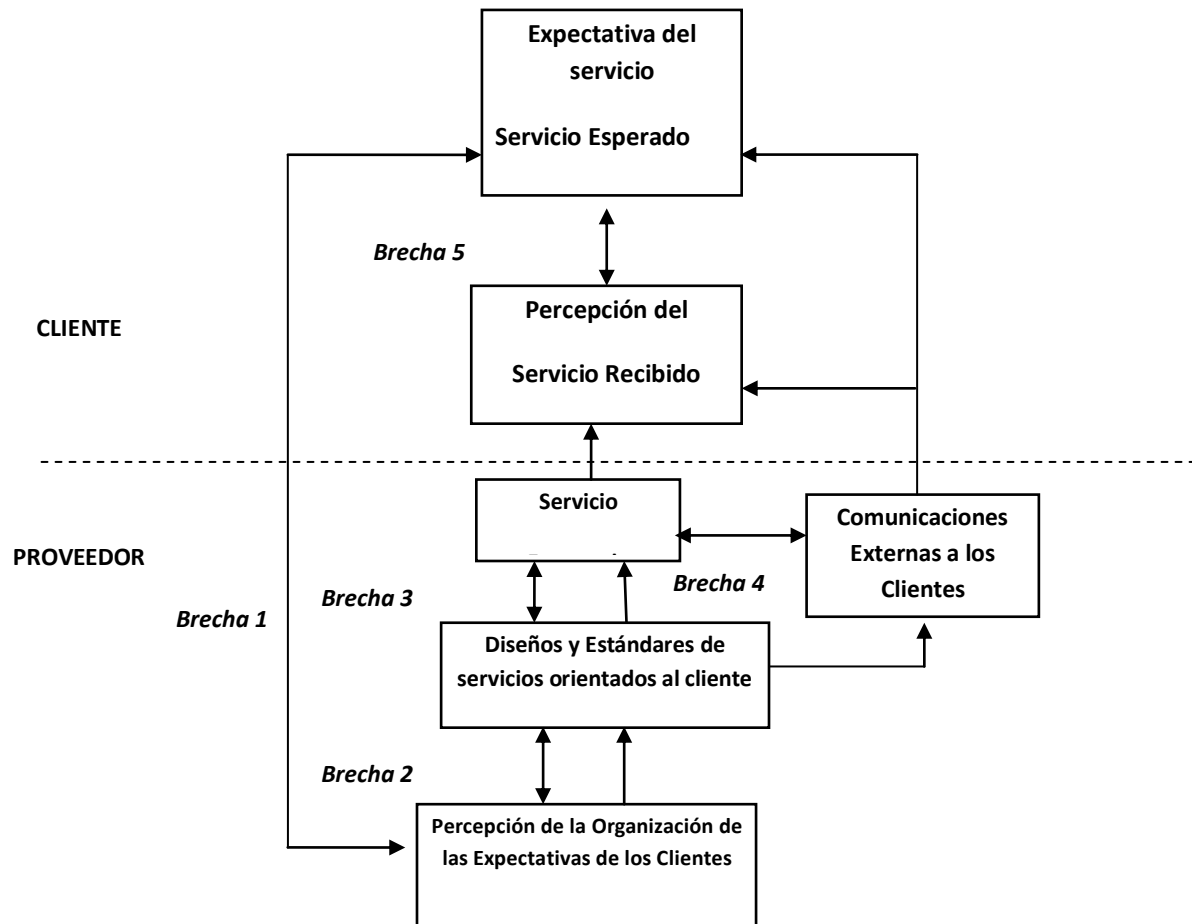
Brecha 2: No seleccionar el diseño ni los estándares del servicio correctos.

Brecha 3: No alcanzar los estándares en la entrega del servicio.

Brecha 4: No igualar el desempeño con las promesas.

Brecha 5 o brecha del cliente: la diferencia que existe entre las expectativas y las percepciones del cliente.

Figura. 5: MODELO DE BRECHAS SOBRE LA CALIDAD
EN EL SERVICIO



Fuente: Zeithaml y Bitner, 2002

El modelo plantea que para poder cerrar la brecha más importante, o brecha del cliente, es necesario centrarse en la mejora de las restantes cuatro. También presentan posibles causas para la existencia de las brechas, que se convierten en posibles puntos de mejora, si se quiere mejorar la calidad de los servicios. Entre ellos están, (Zeitaml y Bitner, 2002; Camisón et al, 2007)

1. Brecha 1 o discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.
 - a. Inexistencia de una cultura orientada a la investigación del mercado.
 - b. Inadecuada comunicación vertical ascendente.
 - c. Excesivos niveles jerárquicos de mando.
 - d. Insuficiente enfoque en la relación
 - e. Recuperación inadecuada del servicio
2. Brecha 2 o Discrepancias entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.
 - a. Deficiencia en el compromiso que se asume respecto a la calidad de servicio.
 - b. Percepción de inviabilidad.
 - c. Errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas.
 - d. Ausencia de objetivos.
 - e. Ausencia de estándares definidos en función del cliente
 - f. Evidencia física y ambiente del servicio inapropiado
3. Brecha 3 o discrepancia entre las expectativas de la calidad del servicio y la prestación del servicio
 - a. Ambigüedad en las funciones.
 - b. Conflicto de objetivos.
 - c. Desajuste entre los empleados y sus funciones.
 - d. Desajuste entre la tecnología y sus funciones.
 - e. Sistemas inadecuados de supervisión y control.
 - f. Ausencia de control percibido por parte de los empleados.
 - g. Ausencia de sentido de trabajo en equipo.

- h. Deficiencias en las políticas de Recursos Humanos.
 - i. La oferta y la demanda no son iguales.
 - j. Los clientes no llevan a cabo sus papeles.
 - k. Problemas con la intermediación del servicio.
4. Brecha 4 o discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.
- a. Deficiencia en la comunicación horizontal.
 - b. Tendencia a prometer en exceso en las comunicaciones externas.
 - c. No hay comunicación integral en el marketing
 - d. Administración ineficiente de las expectativas del cliente

Calidad en Servicios de Salud

Considerar la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente (como) la ausencia de enfermedad" (OMS 1998a) requiere partir de una visión integral que supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Esto quiere decir entonces que, no sólo se mejora la salud al curarse una enfermedad, sino al aplicarse una serie de acciones para prevenirlas y para mejorar el entorno; acciones éstas que están más ligadas al tema del desarrollo, con todas sus dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales, que al de especializaciones médicas como tal.

Unir lo dicho con los aspectos de la evolución de la calidad en general, hace que se adicionen factores asociados a la evolución del estudio y práctica de la medicina. Por tanto, si se dificultaba definir la calidad de bienes o de servicio, conseguir o proponer una definición unívoca o de consenso total de calidad en salud, hace que se potencie la complejidad de la tarea, bien por las consecuencias que implica las fallas de calidad en salud en la vida de las personas, bien por los valores involucrados en la interacción de las personas con las organizaciones de salud.

“..como debe ser definida la calidad ... depende de los siguientes factores: de si se ha de valorar sólo la actuación de los facultativos o también las contribuciones de los pacientes o del sistema de asistencia sanitaria; de con qué amplitud se definen la salud y la responsabilidad acerca de la salud; de si se busca la asistencia de eficacia máxima o de eficacia óptima; y de si las preferencias individuales o bien las sociales definen lo óptimo.

También necesitamos información detallada sobre las relaciones causales entre las cualidades estructurales de los lugares en donde se produce la asistencia, los procesos de la asistencia y los resultados de la misma. Especificar los componentes o resultados de la asistencia que va a ser ejemplificada, formular los criterios y

estándares apropiados, y obtener la información necesaria son los pasos que van a continuación.”(Donabedian , 1988;2001:pS80)

Por eso, es útil en principio tener como referencia las diferentes definiciones que se han dado para la calidad en atención en salud. Lemus C. y otros (2006), OPS (2001) y Gilmore y Moraes(1996), presentan la evolución en las últimas seis décadas de la forma de definir los significados de la calidad en el sector :

En los años 30, la manera correcta de hacer medicina de calidad, se definía con base a ocho artículos de fe (Lee y Jones, 1933).

- a. Práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.
- b. Enfatiza la prevención.
- c. Requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.
- d. Trata al individuo como un todo.
- e. Mantiene una relación estrecha, personal y continuada entre médico y paciente.
- f. Está coordinada con el trabajo y la asistencia sociales.
- g. Coordina todos los tipos de servicio médico.
- h. Implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de la gente.

Para 1958, Esselsstyn propuso que “los estándares de calidad deben basarse en el grado en el cual la asistencia está disponible, es aceptada, comprehensiva, continua y documentada, y asimismo en el grado en que la terapia adecuada se basa en un diagnóstico exacto y no sólo en la sintomatología” en Lemus C. y otros (2006).

Para la misma época Myers y Slee definían calidad como el “grado en que se cumplen las normas, en relación con el mejor conocimiento médico existente en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptadas” en Lemus C. y otros (2006). Estas normas aludidas remitían a la

atención documentada por Esselsstyn, y de acuerdo a estos autores, debe entenderse en la actualidad como la mejor evidencia científica disponible.

En 1966 Donabedian se refiere en el contexto de su esquema trinitario (estructura, proceso, resultado desplegado en la sección siguiente) al proceso de atención como el objeto primario de la evaluación de la calidad y dice que en su aspecto técnico está determinado por el estado de la ciencia y la tecnología médica en cualquier momento dado, es decir por el modo en que los maestros hacen medicina y fijan las normas de atención. De allí que la calidad del proceso de atención estaría definida como comportamiento normativo, es decir, el grado de apego o cumplimiento de las normas (para Lemus C. y otros (2006) en la actualidad deben agregarse los criterios, estándares y evidencia científica). Plantea como definición: "lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dado unos recursos" (Donabedian en Lemus y otros, 2006)

Plantea que al tener la asistencia sanitaria como objetivo, "mantener, restaurar y mejorar la salud. Más exactamente, el objetivo es conseguir el grado máximo de mantenimiento, recuperación y promoción máximos dentro de las posibilidades que ofrecen las ciencias de la salud. Los medios son una serie de intervenciones: unas técnicas, otras psicológicas y otras sociales. Los medios se juzgan por su efectividad (es decir, su contribución a la mejora de la salud), por su coste y por el grado en que sus otros atributos son aceptados por los pacientes y por la sociedad."(p: 2). A partir de estas premisas, define a la calidad de la asistencia sanitaria "como el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud" (p:2)

Otra de sus definiciones de calidad de atención médica: "tipo de cuidado que se espera maximice una medida de bienestar del paciente, después de haber tomado en cuenta las ganancias y pérdidas esperadas en el proceso de la atención médica."

Estos autores , advierten que sin embargo debe considerarse cada realidad en particular, estableciendo sus recursos y posibilidades profesionales, financieras y de infraestructura para considerar normas de factible cumplimiento y que

fueran realmente útiles, debían ser elaboradas de forma local y relacionadas con la realidad y circunstancias , por una multiplicidad de circunstancias.

Para la OMS la calidad en asistencia sanitaria “es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (en Lemus C. y otros, 2006). En este contexto, la OMS ha definido cuatro componentes; (Gilmore y de Moraes, 1996):

- a) La práctica profesional
- b) La utilización de los recursos
- c) La gestión del riesgo
- d) La satisfacción del paciente

Son por definición los objetos del control de calidad en la atención de la salud

La Comisión Conjunta de los Estados Unidos, JCAHO(1999) utiliza el concepto de rendimiento institucional, que considera más preciso y operacional que el de calidad a secas. Definen dimensiones de este rendimiento, (en Gilmore y Moraes, 1996):

- a) Hacer lo correcto
 - i. Eficacia del procedimiento o tratamiento con relación a la condición del paciente
 - ii. Adecuación de una prueba, procedimiento o servicio
 - iii. Relevancia
- b) Hacer lo correcto correctamente
 - i. Disponibilidad
 - ii. Puntualidad
 - iii. Efectividad, el grado en que la atención / intervención, para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo
 - iv. Seguridad del paciente

- v. Eficiencia
- vi. Respeto y cuidado.

Heather Palmer, de la Escuela de Salud Pública de Harvard: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (Lemus C. y otros, 2006).

Por su parte, la American Medical Association (AMA) considera la calidad de la atención médica como “el cuidado que consistentemente contribuye a incrementar o mantener la calidad y duración de la vida” (AMA, 1986)

El Institute of Medicine (1991) en Lemus C. y otros (2006), define la calidad como el grado en que los servicios de salud para individuos o poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son a la vez consistentes con el conocimiento profesional corriente.

Melum y Sinioris, (1992) en Lemus C. y otros (2006), dicen que la calidad es el proceso de administración que implica una mejora continua, un proceso que siempre busca exceder las expectativas de los pacientes.

Frenk (1993) define la calidad de los servicios “como la mejoría que puede atribuirse a los servicios y no a los otros determinantes. Esa mejoría va de la mano con lo que el conocimiento científico que se traduce en tecnología hace alcanzable y que depende del momento histórico.”

Al menos por la diversidad de definiciones, que involucran diferentes y disímiles aspectos involucrados en la búsqueda de la salud por parte de personas y de grupos interesados, se hace difícil llegar a un consenso sobre lo que constituye la buena calidad de atención, por los valores inherentes en cada definición. Lo que sí parece interesante es tener claro que se debe colocar la definición de calidad a usar, en un contexto que permita eventualmente el monitoreo y evaluación para un aprendizaje posterior. Donabedian (en Lemus y otros, 2006) hacía la advertencia acerca de evitar que la definición de calidad se ensanche tanto que termine siendo un slogan que signifique cualquier cosa que uno quiere que signifique. A partir de esa premisa Por lo mismo, admite que los servicios de salud pueden ser analizados desde tres diferentes planos:

- a) La óptica de los prestadores
- b) La de los usuarios
- c) La de la sociedad en general

El Modelo Donabedian para la atención en salud

Al investigar sobre los autores de mayor referencia en el tema de la calidad en salud, surge un nombre que parece ser la raíz de la cual, a partir de un escrito en 1966, se ha desarrollado todo un campo de investigación sobre la salud, los sistemas asociados y la calidad en la atención: Avedis Donabedian. Este investigador nació en Beirut, Líbano, y en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar Salud Pública en Harvard. En 1961 se convirtió en Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en donde desarrolló la parte medular de su trabajo. Falleció el 9 de Noviembre del año 2000.

Según Julio Frenk(2000), uno de sus más destacados discípulos de acuerdo a lo declarado en una entrevista que le realizara Berkowit (1998), a través de ocho libros y más de 50 artículos y numerosas cátedras, Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud, estando siempre a la vanguardia de sus contemporáneos, poniendo al descubierto un vasto panorama intelectual. A partir de sus aportes, los sistemas de salud son campo de investigación más allá de la visión circunscrita al paciente, al incorporar a su entorno como parte del logro de su estado de salud. Su trabajo está consolidado en una serie de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación y monitoreo de la calidad, donde sistematiza los conceptos, métodos y evidencias. Su influencia global ha sido tal que sus libros y artículos han sido traducidos a varios idiomas.

a. La propuesta sistémica de Donabedian

En su artículo, Evaluating the quality of medical care en Milbank Mern. Fund Quart. 44:166-206, escrito en 1966 en la School of Public Health, Univ. Michigan, Ann Arbor, MI february 7, producto de un trabajo de seis meses acerca de los métodos de evaluación de la calidad en la atención médica, introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen

hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud (Assaf, 2004; Frenk,2000) y con lo cual sistematiza el abordaje de la calidad desde el propio campo de la salud, en contraposición al crecimiento de la auditoria como estrategia de control de la utilización y gasto de los recursos, originaria del campo contable. (Donabedian A. 1988).

Dividió la calidad en: lo técnico- científico, la interrelación médico-paciente y beneficiario- sistema, y la satisfacción del paciente y proveedor. En los primeros veinte años luego de su publicación, había sido referido en 205 publicaciones, considerándosele por tal razón como una de las pocas referencias clásicas en investigación en sistemas de la salud (Soc. Behav, 1983; Frenk, 2000).

En este y otros trabajo posteriores, plantea una clasificación que diferencia las técnicas, aplicadas en investigaciones del área, que miden las condiciones en que se presta la atención (estructura) de las actividades que la componen (proceso) y de los cambios deseados o indeseados en individuos o población atribuibles a la atención precedente (resultados). Estos tres enfoques han ayudado a ordenar y a operativizar la evaluación con categorías individuales. Para De los Reyes y otros (1990), es posible ampliar la aplicación a niveles macros y mesos, así se podrían incluir subcategorías permaneciendo inalterable la matriz conceptual, por tanto constituye un punto de referencia básico en las evaluaciones de calidad. Dentro de los aspectos que se considerarían en las evaluaciones están:

Evaluación de estructura

En este tipo de evaluación, se centra la atención, fundamentalmente en la calidad de las características de los recursos en el sistema de salud. El método más utilizado para evaluar la calidad estructural es la acreditación organizacional, que evalúa:

- La descripción de las características del equipo médico disponible, fundamentalmente con relación a la su adecuación con las normas vigentes; el perfil de los profesionales empleados,

su tipo, preparación y experiencia, la especialidad, certificación, edad, sexo, entre otros.

- De las instituciones es importante el tamaño y tipo de institución, así como algunos atributos físicos (número de camas) y otros factores organizacionales como la tasa de paciente/ médico, estructura organizacional, distribución del presupuesto y fuente de pago.
- Medidas administrativas que se refieren a la organización de la atención médica.

Evaluación de proceso

El proceso se refiere a lo que se hace al paciente, describe las actividades del servicio de atención médica. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. La evaluación del proceso se realiza mediante la consideración de intervenciones apropiadas, uso de guías clínicas o estándares de atención, perfil de la práctica, clasificación de consumo.(Torres y Constantino, 2003).

Ese tipo de evaluación está orientado, principalmente al análisis de la calificación médica en el tratamiento de los problemas de salud, asociado a la enfermedad. La evaluación del proceso compara los procedimientos empleados con los establecimientos como normas por los propios profesionales de salud. Según Donabedian citado por algunos autores, la metodología de los estudios de proceso puede ser dividida de dos maneras: observación directa de la práctica y los estudios basados en los registros médicos. (Aranaz, 2001; De los Reyes, 1990)

Evaluación de resultado

Los resultados en salud son el efecto del proceso de atención en los servicios al paciente, en la salud y bienestar de la población. Es una medida de la efectividad del sistema de atención. La evaluación del resultado describe el estado de salud del individuo o de la población como resultado de la interacción o no con los servicios de salud. Considerándose la naturaleza multidimensional del estado de salud, existen diversas metodologías que utilizan medidas de resultado. (Aranaz, 2001;De los Reyes y otros, 1990)

b. Dimensiones de la evaluación de los servicios de salud

En artículo publicado en 1978 y citado por De los Reyes (1990), Ruelas – Barajas y Aranaz (1993) y Aranaz (2001), Donabedian plantea que la evaluación de los servicios comporta siempre dos dimensiones, íntimamente relacionadas e interdependientes:

- El desempeño técnico, o sea, la aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y de la tecnología (procedimientos y equipos) médica disponible para la solución del problema del paciente, de modo de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos, de acuerdo con las preferencias de cada paciente y como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.

Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación.

- La segunda dimensión de los servicios de salud, se refiere a la relación personal con el paciente y receptor de los servicios, para satisfacer los preceptos éticos, las normas sociales y las legítimas expectativas y necesidades de los pacientes, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de salud. A partir de la interacción entre el cliente y el médico, existe un proceso complejo, que va desde componentes comportamentales hasta componentes técnicos muy específicos.
- Adicionalmente Aranaz (2001), plantea que el autor establece un tercer componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que se ha denominado "las amenidades".

En resumen, consideramos que el abordaje del estudio de la calidad en los servicios de salud, si bien tiene contextos y necesidades distintas, también está necesitado de aspectos o patrones recurrentes entre ellos, que permita avanzar en consensos. Los estudios de Donabedian han hecho recorrer un largo camino del total necesario, incluso con adelantos a su época, y por eso sus comentarios son aun pertinentes:

“Los aspectos principales son:

1. La calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo los siete títulos siguientes: eficacia; efectividad; eficiencia; optimización; aceptabilidad; legitimidad; y equidad.
 2. La calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres orígenes:
 - a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia,
 - b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad, y
 - c. valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad.
 3. Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente en términos técnicos, sólo por profesionales sanitarios; las preferencias de los pacientes individuales y de la sociedad en general deben tenerse también en consideración.
 4. La búsqueda de cada uno de los atributos de calidad puede reforzarlos mutuamente, ya que la asistencia efectiva es normalmente más aceptable y legítima.
 5. La búsqueda de un atributo puede ir en contra de la búsqueda de otro, por lo que hay que perseguir y establecer un equilibrio
 6. Los conflictos más importantes urgen cuando las preferencias sociales son distintas de las preferencias individuales, básicamente porque la sociedad especifica de manera distinta aquello que es óptimo y equiparable”.
- (Donabedian, 1990)

Capítulo II

La Gestión de la Calidad

El estudio de las Organizaciones y su Gestión

Las distintas preocupaciones que originaron el presente trabajo, confluyen en las organizaciones y su trabajo cotidiano, haciendo necesario focalizar la mirada en este tipo de sistema. Por ello, consideramos de importancia vital transitar el desarrollo de la teoría de las organizaciones a fin de obtener una mejor comprensión de los sistemas organizacionales y luego, la forma de manejarlos.

La teoría organizacional es de reciente data y de orígenes diversos, por eso su desarrollo como disciplina científica ha sido fragmentada; en la clasificación de su evolución y en el agrupamiento de autores en temas comunes, hay diversidad de criterios, sobre todo al borrar la línea entre el estudio de la organización y el estudio de su gestión (Ramió y Ballart, 1993; Rodríguez, 2006; Claude y Álvarez, 2005). Para Darío Rodríguez (2006), la teoría organizacional tiene tres grandes vertientes:

1. Desde la sociología surge una corriente, cuyo principal representante fue Max Weber con intenciones de comprender el fenómeno social en todos sus aspectos o manifestaciones. En esta vertiente, lo organizacional constituía solo un aspecto parcial, muy importante, pero en consideración a su relación con el todo social.
2. Otra proveniente de la Administración, con el énfasis en encontrar formas nuevas y cada vez más eficientes de conseguir que las organizaciones logaran sus objetivos. Entre sus representantes se encuentran los autores asociados a la escuela clásica de administración o administración científica, con Taylor y Fayol a la cabeza.
3. Una tercera, asociada a la Psicología social, que parte de la misma preocupación sobre el aumento de la productividad, pero introduciendo la variable del comportamiento grupal humano. Los autores de la Escuela de relaciones humanas están representados por Mayo y Lewin.

Ramió y Ballart (1993), Rodríguez (2006) y Claude y Álvarez, (2005), enfocados en la teoría administrativa, utilizan los enunciados y criterios de los autores que fueron considerados de mayor actualidad al momento de su obra, y clasificaron la evolución del pensamiento organizativo agrupando a los autores

relevantes fundamentalmente por orden cronológico. De allí se toman las escuelas o corrientes consideradas que aportan mayor información a los objetivos del trabajo.

La escuela de Administración Científica

Para estos autores, el “administrativismo” tendría como origen la dirección científica de Frederick Taylor y la dirección administrativa de Henri Fayol, Luther Gulick y Lyndall Urwick, El común denominador entre ellos, es el interés acerca de cómo alcanzar objetivos en una organización con el estudio de nuevas y mejores formas de lograrlo. Estos autores no tenían interés sobre la comprensión de los procesos de la sociedad, ni tampoco en la elaboración de esquemas ideales que permitan la comparación entre organizaciones. (Claude y Alvarez, 2005: Rodríguez, 2006).

Taylor, fundador del movimiento y a quien se debe el nombre de administración científica, quería llegar a desarrollar una ciencia para cada elemento del trabajo individual, basándose en la subdivisión, simplificación y racionalización del trabajo. Adicionalmente se hacía necesario asegurar una división apropiada de trabajo y responsabilidad entre asalariados y administradores. Estos últimos asumirían la responsabilidad de reunir los conocimientos tradicionales que en el pasado habían poseído los trabajadores, para luego clasificarlos, tabularlos y reducirlos a reglas, leyes y fórmulas, creando así la ciencia de la dirección. Con ello separa la toma de decisiones de la ejecución del trabajo operativo. Como consecuencia, sería preciso seleccionar, entrenar y desarrollar a cada trabajador, para que tuvieran un rendimiento óptimo.

De la racionalidad, de la subdivisión de tareas y de la especialización creciente que se desprenderá de la aplicación del trabajador a tareas cada vez más sencillas y racionales es que se podrá lograr una alta eficiencia técnica en el desempeño individual, este es el supuesto que subyace en las ideas y principios aun con vigencia. Con esto se da un paso que alejará el trabajo artesanal del industrial. (Rodríguez, 1991)

Para la misma época, mientras Taylor se interesaba por la racionalización de las actividades en el nivel operativo, Fayol ponía su mirada en la racionalización de la empresa a partir de los niveles directivos. Establecía que

la organización debería tener una forma militar, lineal, con unidad de mando y líneas claras de autoridad.

Fayol clasifica las funciones que la empresa ha de tener para trabajar racionalmente en técnicas, comerciales, financieras, contabilidad y administrativa. Propone unos elementos básicos de la administración: Previsión, Organización, Mando, Coordinación y Control. Además afirma que el buen funcionamiento del cuerpo social depende de catorce condiciones o principios que propone de manera normativa.

A partir de esta escuela, se inició una serie de investigaciones y trabajos en universidades y laboratorios dependientes de empresas, que querían determinar nuevas condiciones de racionalización de diversas actividades laborales. El hombre había logrado dominar los elementos con su trabajo y ahora estaba en condiciones de dominar su propio trabajo.

Por su parte, Urwick profundiza sobre el desarrollo horizontal de las organizaciones o especialización, y sobre el desarrollo vertical o jerarquía, además de estudiar los mecanismos que pudieran mantener integrado a la organización, como la coordinación y el control.

El modelo clásico de organización, perfilado por estos autores, era estático con la organización vista como un instrumento racionalmente planificado. Los fines eran considerados como dados e inamovibles. La estructura debía procurar traducir estos fines en términos de relaciones racionales de medios adecuados para el logro de estos fines dados. La autoridad se garantizaba con la jerarquía y la integración de la organización que se planteara, garantizaría la adecuación de los comportamientos a la definición previa de medios y fines. (Ramíó y Ballart, 1993; Rodríguez, 2006)

La corriente estructuralista

Esta escuela centra sus estudios en la estructura de la organización y enfatiza su atención en los procesos de autoridad, comunicación y conflicto (Claude y Alvarez, 2005).

También llamada burocrática, comienza con Max Weber quien presenta las bases de una organización burocrática, la cual estaría constituida por funciones formales que serían establecidas por reglas legales, racionales, escritas y exhaustivas y al igual que la escuela de administración científica,

esta organización deberá tener una sistemática división del trabajo, con la especialización y la departamentalización.

Weber centra sus estudios en el proceso de secularización y racionalización en la sociedad occidental, cuya evolución se caracterizaba por el paso progresivo hacia un comportamiento cada vez más 'racional orientado a fines'. Para él, la organización burocrática es el instrumento que ha permitido dar forma a la política, economía y tecnologías modernas, "la coordinación burocrática de las actividades, es la marca distintiva de la modernidad.... [aun cuando] también veía problemas en esta burocratización progresivo... [como la] incapacidad para tratar casos individuales... [lo que] ha conducido a la despersonalización" (Rodríguez, 2006,p:33).

Merton continúa formando los aspectos característicos de esta escuela, a partir de la revisión crítica del modelo ideal weberiano, y expande el abanico de efectos perniciosos más allá que los planteados por el anterior y plantea el choque entre las estructuras rígidas y las personas, entre el "deber ser" y el "ser". Por el interés similar sobre esta brecha, Selznick realiza estudios a una organización en particular y plantea entre varios aspectos, la existencia de una dimensión formal que las hace estables y duraderas, y una dimensión informal y de entorno social que las configuran como variables y dinámicas (Ramió y Ballart, 1993)

La escuela de relaciones humanas

Entre los principales exponentes de la escuela de relaciones humanas están Elton Mayo, Kurt Lewin, R. Lickert, Douglas McGregor y Abraham Maslow, cuyos estudios en la década de los años 30, dieron origen a teorías sobre el comportamiento humano en las organizaciones, la conducta del ser humano en su lugar de trabajo.

Como resultado de las investigaciones de la escuela de relaciones humanas, se planteó una crítica hacia los fundamentos de la escuela clásica de administración, que había llevado a considerar y reducir al ser humano como unidad productora, colocando en segundos lugares su papel de ente fisiológico y psicológico. En contraposición, la escuela de relaciones humanas destaca el grupo, es decir, la comprensión del hombre como ser social, que interactúa con

otros hombres con base en la psicología social, de reciente creación, para describir el comportamiento grupal.

Este enfoque, coloca en relieve la influencia del grupo sobre el comportamiento de los individuos. Para esta escuela, la cantidad de trabajo que puede llevar a cabo un trabajador dado estará determinada por su “capacidad social” y no por su capacidad física, tomando en cuenta entonces, sus relaciones sociales. Las recompensas no económicas son muy importantes en la motivación de los trabajadores. El líder no es necesariamente la persona designada en un puesto de jefatura. Reconocen la existencia de una organización informal.

Pero, por otra parte, de acuerdo Ramió y Ballart(1993), la simpleza de algunas de las propuestas derivadas del enfoque condujo a una insatisfacción en círculos académicos y empresariales con los logros y ofertas de la escuela de relaciones humanas.

Las posiciones teóricas más importantes de esta corriente según Ramió y Ballart(1993) son:

- a. El trabajo es la actividad fundamental del hombre, determinando su satisfacción o insatisfacción.
- b. El trabajo necesita del capital como el capital de trabajo
- c. El trabajador moderno busca satisfacciones más allá de las materiales, con la participación social y reconocimiento por el trabajo realizado
- d. Son necesarios los mecanismos de participación, porque participando, el trabajador se sentirá más satisfecho, más estable y menos conflictivo.
- e. Corresponsabilizar a cada trabajador en función de objetivos comunes, sería la mejor manera de controlar la actividad humana.

Escuela neoclásica

Los autores referidos hasta el momento asumen la existencia de una tendencia que pone énfasis en el proceso administrativo, donde se conjugan los enfoques anteriores. A finales de los años cincuenta la situación de crecimiento de las organizaciones y la apertura de operaciones en países distintos a la sede, se

requería de una nueva conceptualización capaz de retomar los aspectos estructurales de una organización, pero sin perder de vista los actitudinales.

En 1958 James March y Herbert Simon publican su libro *Organizations*, el cual produce un resurgir del afluente proveniente de la administración, que quería retomar el tema de la racionalidad y de los cambios y diseños estructurales. La diferencia con la teoría clásica tradicional se encuentra en que es un enfoque más académico que normativo en que se estudian las formas efectivas en que los fines de la organización son llevados a cabo.

Para March y Simon las organizaciones requieren de mecanismos de control para comprobar el cumplimiento de las órdenes y la adhesión efectiva a los reglamentos, así como también de unidades especializadas que se dediquen a desarrollar actividades específicas, al servicio de las principales unidades de producción.

En contraposición con la crítica de sociólogos a los modelos burocráticos March y Simon, proponen trazar las líneas organizacionales en tal forma que se ponga de relieve el servicio de los fines sobre el de los medios. Estructurando la división del trabajo y la jerarquía de autoridad de acuerdo con este principio, los fundadores de una organización pueden aminorar la posibilidad de desviarse de sus propósitos originales. Finalmente, estos autores sostienen que las organizaciones se basan en dos modos de división del trabajo: basado en la tarea y basado en el poder.

Calude y Álvarez (2005), cuyo centro de estudio es la teoría administrativa, colocan en este enfoque a autores como Peter Drucker y Koonts y O'Donnell, quienes establecerían 'la mejor manera' de administrar, haciendo aparecer una nueva filosofía para la práctica directiva: "La gerencia eficiente y eficaz que controla la planeación estratégica de la empresa y entiende hacia dónde va y cómo lograrlo", p: 174

La teoría de sistemas

Para Rodríguez (2006) las tres corrientes, con su diversidad de objetivos y fines, se cruzaron cuando surgió un lenguaje común para sus resultados en una corriente teórica compartida. Ésta fue la teoría general de sistemas que

venía construyendo desde los años veinte y que fue incorporado en diversos ámbitos con gran fuerza. Al final de los sesenta se utiliza en el estudio organización y logró un grado de tal de aceptación que ha llegado confundirse con la teoría moderna de la organización. Para el autor, hoy en día no existe estudio organizacional, independiente de que tenga un interés académico o práctico, que no tenga una aproximación sistémica al tema, p: 46.

En la corriente sociológica, uno de los grandes autores de esa disciplina, Talcott Parsons, intenta comprender a las organizaciones como subsistemas de la sociedad. Resalta la importancia de las metas como punto de conexión entre las organizaciones y la sociedad, así como también de la capacidad de la organización de interactuar con su medio y de obtener de él los recursos adecuados haciendo, para eso, operar los mecanismos de influencia pertenecientes a la sociedad en favor de la organización.

Ha habido varios intentos de modelar sistemáticamente la organización. En los años sesenta del siglo pasado, Jay Forrester genera un modelo de la empresa constituido principalmente sobre la base de bucles de retroalimentación interconectados en los que se identifican flujos de materiales, papeles, depósitos, válvulas y demoras (Claude y Alvarez, 2005)

A mediados de la década de los sesenta, la teoría de los sistemas abiertos elaborada por Ludwing von Bertalanffy es traída al ámbito del estudio organizacional por Katz y Kahn. Los psicólogos sociales de la Universidad de Michigan, Daniel Katz y Robert Kahn, publicaron en 1966 “The Social Psychology of Organization”, considerado por muchos autores como el más representativo de la aplicación de la teoría de sistemas en las organizaciones.

Katz y Khan, proponen la composición de las organizaciones por cinco subsistemas (Katz, 1989; Claude y Álvarez,2005):

1. El subsistema técnico o de producción, el cual transforma y procesa los insumos para crear productos. Conformar la tarea de la organización.
- 2 Subsistema de mantenimiento, que crea mecanismos para mantener la estabilidad y la capacidad de producción en la organización.

3. Subsistema de apoyo. Necesario para la comunicación con el exterior, se ocupa de abastecer de insumos al sistema y de llevar al ambiente los productos.

4. Subsistema de adaptación. Genera respuestas para que el sistema se ajuste al entorno. Puede modificar la estructura interna del sistema y aumentar la producción al detectar mayor demanda.

5. Subsistema gerencial. Dirige y controla los subsistemas de la organización. Resuelve conflictos internos, coordina los esfuerzos de los subsistemas y las relaciones con el exterior.

Estos autores consideraban que la teoría organizacional clásica tenía una concepción de sistema cerrado, y por ello no podía explicar en forma adecuada los fenómenos sociales. Entonces, en sus estudios psicológicos de la estructura social prefirieron utilizar la teoría de sistemas. Los autores consideraron que todos los sistemas sociales generan una pauta de actividades que se repite constantemente. Realizaron un análisis sistémico de la recurrencia de las actividades mediante un modelo de tres pasos básicos para todos los sistemas que toma en orden: los insumos, la transformación de energía dentro del sistema y el producto. (Claude y Alvarez, 2005)

En general, este enfoque se refiere a la organización como un todo, en la que la realización de los fines es sólo una de varias importantes necesidades a las que está orientada la organización. La supervivencia es una de estas necesidades y puede llegar a distorsionar el comportamiento orientado al objetivo. Los cambios organizacionales son vistos como respuestas adaptativas ante amenazas al equilibrio organizacional.

Otro de los enfoques de gran importancia dentro de la corriente de la organización como un sistema, es el enfoque de contingencias. De acuerdo a lo expresado por los autores que más relacionan a este enfoque, Lawrence y Lorsh (1985), en 1965 Joan Woodward estudió la relación entre las estructuras de algunas empresas de fabricación y los sistemas de producción utilizados y así se introducía en el mundo empresarial la tesis sobre teoría de la contingencia. Esta teoría planteaba por primera vez de forma expresa, que la

efectividad de la organización es consecuencia, o al menos queda sustancialmente condicionada, de la correspondencia entre situación y estructura orgánica. Se introducía, por tanto, el factor situacional como condicionante de la estructura organizativa empresarial.

Burn y Stalken investigaban en paralelo en 1966 sobre otro factor situacional: la predictibilidad del entorno, y la correspondencia entre tipo de estructura y tipo de entorno. Lo anterior planteó la necesidad de analizar los elementos contingentes externos del entorno tales como:

- Su estabilidad
- Su complejidad
- Su diversidad
- Su hostilidad

Y, dentro de este planteamiento estratégico, su relación con parámetros de diseño internos como:

- La capacidad y preparación de sus recursos humanos
- La formalización del comportamiento

En 1967 Lawrence y Lorsch publican la obra, *Organizations and environment*, dando un avance cualitativo a la investigación de los factores contingentes y su influencia en la organización y aportando una sistematización apta para su aplicación en la empresa. Allí concluyen entre otros aspectos que no existe una estructura idónea única, antes al contrario, las estructuras organizativas son herramientas que van cambiando según las distintas condiciones tanto del entorno, como de la evolución de las capacidades y desarrollo de las características internas de la organización. Esta es la aportación determinante de de estos autores.

Además, profundizan en las variables de contingencia del entorno y en los parámetros de diseño, prestando especial dedicación a la influencia del factor humano en el planteamiento estratégico de la organización empresarial, como son:

- Relación recíproca entre organización e individuo

- El tratamiento de las necesidades de los miembros de la organización
- El desarrollo de su formalización
- Orientación de objetivos
- Diferenciación e integración
- Orientación interpersonal

De tal forma que proporcionan dos directrices básicas de la teoría de la contingencia como elementos del análisis empresarial:

- Por un lado la influencia del entorno en la estructura organizativa y las distintas variables tanto de complejidad como de predictibilidad
- Por otro lado la coherencia interna y la capacidad de resolución de los conflictos de ajuste (Lawrence y Lorsh, 1985)

Emery y Trist en 1965, tratan de comprender la importancia organizacional de diferentes configuraciones ambientales.

Uno de los factores considerados importantes en el estudio del entorno y que afectan la estructura organizacional, es la tecnología. El enfoque sociotécnico desarrollado por el Instituto Tavistock en Inglaterra considera que una organización es un sistema que resulta de la combinación de tecnología y sistema social. Estos dos elementos interactúan y se condicionan mutuamente en un sistema único. Por ello, la tecnología empleada es un factor determinante de la estructura organizacional e influye en las relaciones humanas dentro de la organización. Esta línea de pensamiento abrió las puertas a un conjunto, de investigaciones empíricas que intentaban conceptualizar y medir estructuras organizacionales y su contexto, para conseguir establecer sus relaciones.

Otro investigador de alta influencia en los estudios sobre las organizaciones, Stafford Beer generó un modelo cibernético de la empresa que distingue niveles de control y regulación, conectados entre sí por bucles de retroalimentación, que manejan operaciones mayormente de producción. Este autor establece cinco niveles de control y tres canales de información: línea de comando, información de coordinación y un canal de monitoreo directo. Los cinco niveles de control son concebidos como recursivos, esto es, el mismo

complejo se da en cualquier nivel de actividad (estratégica, táctica u operacional). En el trabajo de Beer cobra importancia relevante el concepto de variedad y su manejo mediante mecanismos compensadores de variedad (amplificadores / filtros). (Limoné y Bastías, 2003).

Kast y Rosenwittg son otros de los autores de referencia en la utilización de la teoría de sistemas como enfoque. Conciben a la organización como sistemas sociotécnico compuestos por cinco subsistemas: e objetivos y valores, técnico, estructural, psicosocial y el administrativo. Estos autores consideraron que con la teoría de sistemas era posible unir la teoría de la organización y la teoría de la administración, ya que posibilita visualizar a la organización como un todo en interacción con el ambiente (Claude y Alvarez, 2005).

Esta condición de meta teoría permite colocar a continuación a enfoques que tienen que ver con la administración y gestión, para luego retomar uno de los cambios dado por la teoría de sistema en el estudio de las organizaciones.

Escuela de la Administración estratégica

A medida que las reglas en los mercados y las formas de competir cambiaban de manera acelerada a lo largo del siglo pasado, la administración estratégica se convertía en uno de los aliados principales de las personas responsables de la consecución de los resultados globales de la organización.

Para Ansoff y Mintzberg en Claude y Álvarez (2005), los cambios en la administración estratégica, se pueden visualizar en cuatro etapas, desarrolladas a lo largo de la historia de esta escuela, para el primer autor, mientras el segundo los separa en dos grupos.

Las etapas del desarrollo de la escuela son:

1. Al consolidarse la estructura industrial y la producción en masa en EEUU en los años 30 del siglo pasado, se hizo necesario formalizar el proceso de toma de decisión, creándose políticas o líneas de acción y manuales de procedimientos y control financieros a seguir por todos los niveles jerárquicos.
2. Al crecer el número de productos como consecuencia de cambios tecnológicos, creciendo también las empresas y creando nuevas

funciones que necesitaban planeación y coordinación. Luego de la segunda guerra mundial, se hizo necesario el monitoreo del ambiente cambiante, la planeación a largo plazo y el uso de herramientas matemáticas para la toma de decisiones y la elaboración e pronósticos.

3. En los 70, las empresas habían crecido y se internacionalizaron creando corporaciones multinacionales, el reto era como desenvolverse en otros países donde se crearon diferentes barreras, por ejemplo, las arancelarias. Comenta el autor que en el modelo de esta etapa, surge por vez primera, la palabra estrategia, al hacer imperativo de coordinar ésta con la estructura de la empresa para explicitar su relación con el ambiente. Esto conllevaba un cambio en la forma de dirigir y organizar las empresas, lo cual no fue internalizado por los directivos norteamericanos a diferencia de sus similares japoneses y de algunos países europeos.
4. En los 80 se perfiló el modelo de la dirección estratégica, bajo un enfoque sistémico, poniendo el énfasis en la formulación y la forma de ejecutar la estrategia. En esta etapa, se conforman dos grandes perspectivas para la formación de la estrategia: la perspectiva de producto - mercado y la teoría basada en recursos.

Por su parte Mintzberg, plantea dos grupos de enfoques de la administración estratégica:

1. Enfoque normativo donde los expertos conciben una estrategia y los trabajadores la ejecutan luego. Porter es uno de los autores relevantes de este enfoque, el cual tomó elementos de la teoría de la organización industrial y formuló un modelo para el análisis de los sectores industriales, generando además su propuesta de análisis de cadena de valor, donde establece la relación de las capacidades internas con el ambiente y la estrategia.
2. Enfoque descriptivo que refiere cómo se forman o crean las estrategias, asumiendo que éstas emergen durante las actividades. En ella hay dos enfoques: el de aprendizaje, con Mintzberg como principal exponente, para los cuales la estrategia se crea en un proceso donde interactúan la experiencia de la empresa, con las restricciones del ambiente; el de la creación por un proceso político, con manifestaciones al interior de la

organización en conflictos por el poder y al exterior con la influencia política de la ésta.

En su evolución, se ha venido decantando los enfoques surgidos en las diferentes etapas y hoy, uno de los más utilizados es el llamado Enfoque o Teoría basada en recursos, dentro de o a partir de ella, se han creado enfoques más acordes a los cambios del entorno de las organizaciones.

Teoría basada en recursos y capacidades

En función de uno de los aspectos fundamentales de la administración estratégica, como lo es obtener una ventaja competitiva en un mercado cambiante, autores de esta área de conocimiento (Wernerfelt, 1984; Rumelt, 1984; Barney, 1986, 1991; Grant, 1991; Peteraf, 1993), comenzaron a realizar críticas al modelo del enfoque normativo, por considerar que no permitía explicar las diferencias significativas dentro de un mismo sector que investigaciones obtenían, por lo que se consideró como un modelo estático para un mercado cada vez más dinámico.

Al contrario del enfoque anterior, centra su atención en las características internas de la organización y asume que estas son una colección única de recursos y capacidades que no se pueden comprar y vender libremente en el mercado, entre otras razones debido a que esas características están imbuidas en las rutinas organizacionales, incorporando por tanto la preocupación por los recursos intangibles (Rumelt, Wernerfelt, 1984, Winter y Nelson, 1995). Para este enfoque o teoría, la empresa constituye el nivel de análisis adecuado, y su misión principal es el estudio de las diferencias en los resultados empresariales.

Se basa en la premisa de la existencia de heterogeneidad entre las empresas en cuanto a los recursos que controlan, siendo dicha heterogeneidad la que explica los diferentes resultados obtenidos por cada una de ellas (Rumelt, 1984; Barney, 1991). Esta idea de la heterogeneidad de las organizaciones en función de sus recursos, tenía difusión en la comunidad científica de esa área de conocimiento, sin embargo, no hubo un consenso sobre una propuesta, hasta la presentación de la idea de Prahalad y Hammel sobre las competencias centrales de la empresa (Claude y Álvarez, 2005).

A partir del concepto de competencias, Escrig (2005) aglutina un conjunto de trabajos que destacan la importancia de las competencias como un elemento fundamental para una estrategia exitosa y los denomina como enfoque de competencias para diferenciarlo del estructural. El punto común entre los autores del enfoque, es la relevancia que tienen para la estrategia los activos que son específicos a la empresa, relacionados con el conocimiento, tácitos, difíciles de comercializar y compartidos en el seno de la empresa. Como señalan Sánchez et al. (1996), “el Enfoque basado en las Competencias supone que las empresas compiten proactivamente a través de un aprendizaje basado en la experiencia, en orden a desarrollar competencias que se utilizan en las diferentes actividades del negocio y que hacen posible el desarrollo de un conjunto de productos individuales”.

Adicionalmente, a partir de la discusión de los estudiosos de las competencias de la organización, Escrig establece una clasificación interna en dos grandes grupos:

1. Enfoques estáticos

Esta es la versión más formalizada y académica orientada al equilibrio. Esta versión se centra en los temas básicos del Enfoque basado en los Recursos (EBR), como es el estudio de las fuentes de la ventaja competitiva de la empresa basándose en las características de los recursos y capacidades como: rareza, relevancia, no imitabilidad o no sustituibilidad.

- a. Dentro de este enfoque, agrupa en principio a los trabajos clásicos en la teoría de la estrategia, como los de Selznick en 1957, Penrose en 1959 y Andrews en 1971, que destacan las fortalezas de la empresa y sus competencias como limitaciones para poder aprovechar posibles oportunidades. En ellos, se entiende la empresa como una colección de recursos heterogéneos, los cuales pueden explicar las diferencias competitivas entre las empresas.

- b. Enfoque basado en los Recursos

Acá estarían aquellos autores cuyos trabajos se centra en el análisis de las características de los activos o competencias, y de

los procesos de acumulación de los mismos, que hacen posible lograr y mantener una posición competitiva. Los autores representativos son Wernerfelt (1984), Dierickx y Cool (1989), Grant (1991, 1995), Barney (1991, 1997), Amit y Schoemaker (1993) y Peteraf (1993)

2. Enfoques dinámicos

En este enfoque, agrupa los trabajos que han trascendido la sola pertenencia de recursos como fuentes de competitividad. Esta corriente se centra más en los procesos. Además, dado el desarrollo posterior de ellos en los últimos tiempos, Escrig establece una sub clasificación.

a. Enfoque Evolutivo

En él, se analiza cómo la empresa se adapta al entorno y cambia en el tiempo a través de un proceso estocástico de búsqueda de nuevas y más beneficiosas rutinas. Los autores representativos son Nelson y Winter (1982), Dosi et al. (1988), Nelson (1991, 1995), Winter (1995)

b. Teoría de las Capacidades Dinámicas

Los autores de este grupo, parten de la existencia de recursos de orden superior (capacidades dinámicas) que facilitan la generación y renovación de las competencias distintivas y de las ventajas competitivas. Autores: Teece et al. (1990, 1997), Teece y Pisano (1998)

c. Competitividad basada en las Competencias

Estos autores se preocupan, además del análisis de los recursos y capacidades que permiten sostener la ventaja competitiva, del estudio de los procesos de generación, potenciación y desarrollo de las competencias. Los autores: Prahalad y Hamel (1990, 1994), Foss (1993), Hamel y Prahalad (1993), Hamel y Heene (1994), Foss y Knudsen (1996), Sánchez et al. (1996), Heene y Sánchez (1997), Eisenhardt y Martin (2000), Winter (2000)

d. Teoría basada en el Conocimiento

Contempla las empresas como entidades heterogéneas, caracterizadas por una base única de conocimiento. Autores: Demsetz (1988), Kogut y Zander (1992), Hedlund (1994), Nonaka y Takeuchi (1995), Grant (1996)

De todos estos enfoques, han surgido conceptos que consideramos útiles al momento de analizar las organizaciones. Por la diversidad y dinamismo del enfoque, aun no existe consenso sobre ello, dado el énfasis y la formación de los diferentes autores. Sin embargo, consideramos útil para los objetivos del trabajo la premisa de diferenciación entre organizaciones en función de características internas que plantea este enfoque.

Cambios en la teoría de sistema en el estudio de las organizaciones

En la década de los setenta se produjo un importante cambio en la teoría de sistemas. Este cambio es considerado por Luhmann (1991) como un cambio de paradigmas, para quien se han producido dos cambios de paradigma en la teoría de sistemas y han surgido varios modelos para la explicación de la relación entre sistemas y entorno. Aclara que un cambio de paradigma ocurre cuando el nuevo paradigma es capaz de dar cuenta de todo lo que explicaba el paradigma anterior y, además, incorporar nuevas distinciones y no significa desechar lo logrado con el paradigma anterior, sino construir sobre sus logros, (Rodríguez y Torres, 2003).

- En el primer cambio de paradigmas, el antiguo paradigma de todo/partes es reemplazado por el de sistema/entorno. Este cambio se produce en los inicios de la moderna teoría de los sistemas, cuando von Bertalanffy ofrece su modelo de sistemas abiertos a su entorno, supera la antigua visión de los sistemas como entidades cerradas, caracterizadas por estar compuestas por elementos y relaciones entre estos elementos que hacían que el todo fuera más que la suma de las partes. La incorporación del antiguo paradigma en la nueva conceptualización implica que las partes son vistas como diferencias sistema/entorno al interior de un sistema.
- El segundo cambio de paradigmas se da, al pasar de la teoría de sistemas abiertos a la teoría de la autorreferencia, paradigma que se comienza a perfilar tempranamente, con los trabajos de von Forester respecto a la autoorganización y que conducen a la teoría de la autopoiesis, elaborada por Maturana y generalizada por Luhmann. El

paradigma de sistema/entorno es incorporado en el paradigma de la autorreferencia, al asumir que la diferencia sistema/entorno es un momento de la autorreferencia. Los sistemas autorreferentes se diferencian respecto a su entorno.

El nuevo paradigma es el de la autorreferencia y se basa en el concepto de autopoiesis elaborado por el biólogo chileno, Humberto R. Maturana. La recepción de este concepto en la teoría de organizaciones es muy reciente y variada en sus posibilidades y limitaciones. Este segundo salto, introduce la preocupación acerca de la observación, otro de los puntos clave en la teoría de Luhmann, ya que para el autor,

“Con esta versión de que la operación pertenece al sistema y no al entorno se coloca a una altura sobresaliente el problema de la observación y la capacidad de distinción de los sistemas. Esto quiere decir, por tanto, que existen sistemas que pueden observar y distinguir. En ellos hay que presuponer una capacidad de observación, lo cual designa un tipo de operación que se lleva a efecto en el sistema mismo...surge, además, la pregunta de si estos sistemas son capaces de lograr una observación sobre sí mismos. Es decir, si dentro de sí mismos pueden, a su vez, trazar un límite (como el que trazan ante el entorno) que pueda separar al observador, de lo observado....La respuesta de la teoría de los sistemas cerrados (operacionalmente) afirma que hay sistemas que desde su interior son capaces de llevar a cabo un proceso por medio del cual diferencian la observación con la finalidad de aumentar su capacidad frente al entorno; y que, en general, se pueden distinguir tres tipos de sistemas por el modo en que realizan esta observación: biológicos, psíquicos, sociales.” (Luhmann, 1996; p55)

Adicionalmente plantea que, de esta teoría general de los sistemas abiertos, surgen tres teorías subsidiarias: la del input/output, la del Feed back negativo, la del Feed back positivo.

- a) El esquema input/output se centra en la relación más específica entre sistemas y sistemas-en-el-entorno.....”El sistema posee, entonces, una

autonomía relativa en la medida en que desde él mismo se puede decidir lo que hay que considerar como output, como servicio, como prestación y que pueda transferirse a los otros sistemas en el entorno". (Luhmann ,1996: p:48)

Para el autor, este enfoque pierde relevancia en los años setenta ya que por un lado, existía la convicción ideológica de que los modelos matemáticos y de máquinas eran esquemas tecnocráticos y por otro, no podía responder las preguntas decisivas que resultaban de esa aplicación, acerca de qué es el sistema para que pueda transformar esa relación de input en output, y, la relación existente entre estructuras y operaciones.

- b) Luego surge el esquema de feed back de la cibernética con la expresión formal del modelo para lograr outputs relativamente estables frente a un entorno inestable o de situaciones variables. La explicación dada, se centró en la existencia de un mecanismo mediante el cual el sistema podría medir ciertas informaciones que expresen la distancia que se abre entre el sistema y el entorno. Su principio básico, consistía en cómo responde el sistema cuando se produce una distancia considerable en el entorno y lo obliga a reaccionar para lograr la estabilidad. El autor considera relevante este esquema porque se le pudo generalizar y aplicar en muchos campos. Con la introducción del dispositivo de la conducción la cibernética puede responderse a la incógnita de qué significa dirigir un sistema.

“Es evidente que no se trata de anticipar todos los estados concretos que un sistema pueda experimentar en el futuro; ni tampoco, en la terminología de la tradición del pensamiento europeo, anticipar el estado esencial de manera intensiva del sistema colocado en el plano del tiempo futuro. Se trata únicamente de la capacidad de reducir las distancias (desviaciones, alejamientos) entre el sistema y el entorno que pudieran poner en peligro la existencia del sistema....” (Luhmann ,1996:p: 52)

No obstante, establece los errores cometidos por este enfoque, al creer los teóricos de entonces que este concepto de cibernética era posible exportarlo al sistema político sin realizar las acotaciones debidas, ya que

no debe perderse de vista el significado originario de cibernética en el sentido de estar dirigida a disminuir distancias; y sobre todo disminuir efectos que se producen fuera del sistema y que sólo se pueden controlar dentro de él.

- c) A finales de los años sesenta, surge el esquema de feed back positivo el cual propone el aumento de las diferencias, es decir, se llegó a la comprensión de que en los sistemas existe también una tendencia a cambiar radicalmente su estado inicial, mediante el aumento de la distancia provocada fundamentalmente en el entorno. Por tanto, ya no se trata en primera instancia de la estabilidad del sistema sino de los cambios que puede soportar un sistema

“¿qué cantidad de cambios es posible introducir en el sistema, sin ponerlo en peligro?; o, expresado de otro modo: si de hecho existen mecanismos para aumentar las distancias, ¿hasta dónde se puede llegar sin detrimento sustancial del sistema? Las derivaciones a los problemas ecológicos y al Estado Benefactor saltan a la vista: ¿hasta dónde es posible el aumento progresivo de las compensaciones del Estado Benefactor, que por otro lado exigen aumento progresivo de política impositiva? ¿En qué proporción y cuántos años se deben formar las personas en el sistema educativo? ¿En qué relación deben aumentar los cargos públicos? ¿Hasta dónde es posible el crecimiento de la población?” (Luhmann, 1996, p:53)

Para Luhmann, la teoría del feed back positivo no tiene una cualidad de explicación causal del tipo "por qué", sino únicamente la de hacer ver cómo ciertos mecanismos de fortalecimiento de la desviación tienden a reproducir estados en el sistema que no toman en cuenta ni las consecuencias ni se ajustan a los fines programados.

Para el autor, estos enfoques generaron diversas críticas en los años cincuenta y sesenta, como se comentó, de raíces básicamente ideológicas, dirigidas sobre todo contra:

- la parte tecnocrática del modelo sistémico, y
- contra la preferencia del modelo por la estabilidad, por tanto, por el

status quo.

Sin embargo considera que la crítica nunca fue acertada ya que “se entiende pero no se justifica, en el sentido de no haber sido una crítica con fundamento teórico suficiente” (Luhmann ,1996 p: 54).

Conceptos en la teoría de sistemas de Luhmann

A partir de estas preocupaciones, el autor desarrolla, toda una serie de conceptos, algunos tomados de otros autores y diferentes disciplinas, con la finalidad de abordar el estudio de los sistemas sociales con un enfoque diferente a los comúnmente empleados. A continuación, se presentan los aspectos resaltantes utilizados por el autor para soportar su teoría de los sistemas sociales y que consideramos útiles en el desarrollo del trabajo.

- El concepto de sistema

“En general, se puede hablar de sistema cuando se tiene ante los ojos características que, si se suprimieran, pondrían en cuestión el carácter de objeto de dicho sistema. A veces, también se llama sistema al conjunto de dichas características..... Así como al contrario: el concepto de sistema nos sirve para abstraer hechos que son comparables entre sí, o hechos de carácter distinto bajo el aspecto igual/desigual” (Luhmann, 1991,p: 27-28).

- El sistema como diferencia

Para el autor, el punto de partida de una teoría de sistemas para la sociología debería arrancar de una disposición teórica sustentada en la diferencia, ya que todos los avances recientes de teoría en el campo de lo sistémico aparecerán como variaciones sobre el tema sistema y entorno.

“Lo que en la actual comprensión de la teoría de sistemas cambia con respecto a los avances logrados en los años cincuenta y sesenta es una formulación más radical en la medida en que se define al sistema como la diferencia entre sistema y entorno.... Por tanto, la teoría de sistemas no comienza su sustentación con una unidad, o con una la cosmología que represente a esa unidad, o con la categoría del ser, sino con la diferencia”. (Luhmann, 1996, p:78)

- Autopoiesis

Este concepto, tomado de la biología y acuñado por Maturana, quien significa “determinación del estado siguiente del sistema, a partir de la limitación anterior a la que llegó la operación”.(Luhmann, 1996, p:85).

“La noción de autopoiesis la aplicó para describir un fenómeno radicalmente circular: las moléculas orgánicas forman redes de reacciones que producen a las mismas moléculas de las que están integradas. Tales redes e interacciones moleculares que se producen a sí mismas y especifican sus propios límites son los seres vivos. Los seres vivos, entonces, quedan definidos como aquellos cuyas característica es que se producen a sí mismos, lo que se indica al designar la organización que los define, como organización autopoietica: La característica más peculiar de un sistema autopoietico es que se levanta por sus propios cordones y se constituye como distinto del medio circundante a través de su propia dinámica, de tal manera que ambas cosas son inseparables” (Rodríguez y Torres, 2003, p:112-113).

Por su parte Luhmann, plantea que:

“En la definición de Maturana autopoiesis significa que un sistema sólo puede producir operaciones en la red de sus propias operaciones. La red en la que esas operaciones se llevan a cabo es producida por esas mismas operaciones. La formulación evidentemente está llena de presupuestos...Si se toma, para explicar el concepto de autopoiesis como punto de partida la clausura de operación, entonces por autopoiesis se entiende que el sistema se produce a sí mismo y no sólo a sus estructuras” (Luhmann 1996,p:90).

- Comunicación.

La asunción de Luhmann de la conceptualización de la autopoiesis determina su escogencia por una vía diferente a la tradicional del pensamiento europeo. Para su teoría, lo social, no está constituido por lo seres humanos, sino por la comunicación. Los seres humanos no están considerados como los creadores de la comunicación, esta no es ningún resultado de la acción del ser humano, sino una operación que solamente se hace posible genuinamente por sí sola,

es decir, por la sociedad. Esta premisa es uno de los puntos de mayor controversia, por el cual han realizado las críticas a los trabajos de Luhmann. Para él:

“La comunicación es una realidad emergente, un estado de cosas sui generis. A la comunicación se llega mediante una síntesis de tres diferentes selecciones, a saber, a) la selección de la información, b) la selección del acto de comunicar y c) la selección que se realiza en el acto de entender (o no entender) la información y el acto de comunicar....Mientras no se lleven a cabo estas distinciones, no ha acontecido comunicación, sino una pura percepción.

Mantener la distinción entre comunicación y percepción es de importancia considerable, aunque la comunicación le ofrezca a la percepción muchas posibilidades de acompañamiento. No obstante, la percepción es el fenómeno físico cuya existencia no requiere de comunicación. El proceso comunicativo no puede entablar conexión inmediata con la percepción: lo que otro ha percibido no puede ser ni negado, ni confirmado, ni puesto en cuestión, ni rechazado. La percepción permanece aherrojada en la clausura de la conciencia y es totalmente invisible tanto para el sistema de comunicación como para la conciencia de otros.” (Luhmann, 1996,p: 220)

Para que un sistema sea considerado autopoiético, debería tener las siguientes propiedades: autonomía, emergencia, clausura operativa, autoestructuración y reproducción autopoiética.

- Clausura operacional

En función de la premisa de diferenciación de los sistemas con el entorno, Luhmann reconoce que se crea una paradoja al establecer que “el sistema es la diferencia que resulta de la diferencia entre sistema y entorno”, ya que el concepto de sistema aparece, duplicado en el concepto de diferencia. Por eso, considera que el tema de la clausura de operación posee una utilidad didáctica, ya que de este principio de teoría arrancan todas las nuevas disposiciones sobre los sistemas que no pueden entablar puntos de contacto con el entorno.

La clausura operacional establece que las estructuras propias se pueden construir y transformar únicamente mediante operaciones que surgen en él mismo. Por ello, considera que la tesis de la clausura de operación debe ser el eje sobre el cual gire la explicación de todas las disposiciones teóricas que son necesarias para la especificación de la constitución de los sistemas.

Del axioma de la clausura de operación surgen dos conceptos que fundamentales teoría de sistemas: el de autopoiesis, ya referido y el de autoorganización,

“conceptos que deben mantenerse claramente separados. Cada uno acentúa aspectos específicos de la clausura de operación. Los dos tienen como base un principio de teoría sustentado en la diferencia y un mismo principio de operación. Esto quiere decir: el sistema sólo puede disponer de sus propias operaciones; o con otras palabras, dentro del sistema no existe otra cosa que su propia operación. Esta operación única logra conformar dentro del sistema dos acontecimientos fundamentales: la autoorganización y la autopoiesis.” (Luhmann,1996, p:85)

- Autoorganización

Este concepto indica la construcción de estructuras propias dentro del sistema, ya que como los sistemas están clausurados en su operación no pueden importar estructuras, entonces la autoorganización implica la producción de estructuras propias, mediante operaciones propias.

- Autonomía

En el desarrollo teórico de Maturana y asumido por Luhmann, se concluye que los sistemas son autónomos en el nivel de las operaciones, con el siguiente significado:

“... sólo desde la operación del sistema se puede determinar lo que le es relevante y, sobre todo, lo que le es indiferente. De aquí que el sistema no esté condicionado a responder a todo dato o estímulo que provenga del medio ambiente. Los sistemas no pueden importar ninguna operación desde el entorno. para ilustrar el caso de la

comunicación, ningún proceso químico puede entrar a formar parte del sentido de la comunicación: ninguna tinta derramada sobre una hoja puede producir un texto.” (Luhmann, 1996, p: 90)

- Emergencia

La emergencia señala la irrupción de un nuevo orden, con características que sólo pueden ser inducidas sólo cuando el nuevo orden ya está constituido. Lo que es emergente en la célula por ejemplo es que éstas dependen, en su operación, de la forma en que están organizadas y de cómo esta organización se lleva a efecto.

- Estructura

Un concepto que interviene en el desarrollo de Luhmann es el de estructura. Para él, una estructura es la limitación de las relaciones posibles en el sistema, pero no es el factor productor, no es el origen, de la autopoiesis.

“Para una teoría que se sustenta en operaciones, las estructuras sólo existen, sólo producen efectos, en el momento en que el sistema pone en marcha sus propias operaciones. Este entendimiento del concepto de estructura contradice el tratamiento normal que considera la estructura en el eje de la distinción estructura/proceso en el que la estructura significa la estabilidad y proceso, el cambio....

La estructura siempre queda relativizada con respecto al sistema que está en operación y que sólo tiene un tiempo presente... para caracterizarla, debe operar en el presente...la estructura siempre es una referencia relativa a un sistema que está en operación....Únicamente por medio de una estructuración limitante un sistema adquiere la suficiente dirección interna que hace posible la autorreproducción.” (Luhmann,1996,p:85)

- Acoplamiento estructural

De los conceptos presentados hasta el momento, Luhmann(1996) concluye que “las transformaciones de las estructuras, que sólo pueden efectuarse en el interior del sistema de modo autopoietico, no se producen a discreción del

sistema sino que deben afirmarse en un entorno que el mismo sistema no puede sondear en su totalidad, y que a fin de cuentas no puede incluir en sí mismo a través de la planeación.” (p: 97). Entonces presenta una pregunta decisiva acerca de ¿cómo el sistema entra en relación con el entorno?

Para darles repuesta, acoge el concepto de acoplamiento estructural que procede también de Maturana y que especifica que no puede haber ninguna aportación del entorno que sirva para mantener el patrimonio de autopoiesis de un sistema.

“El entorno sólo puede influir causalmente en un sistema en el plano de la destrucción, pero no en el sentido de la determinación de sus estados internos.

Las causalidades que se puedan observar en la relación entre sistema y entorno están colocadas exclusivamente en el plano de los acoplamientos estructurales. Es decir, se trata de que los acoplamientos estructurales sean compatibles con la autonomía del sistema.”
(Luhmann, 1996,p: 98)

Asume las consideraciones de Maturana para introducir en concepto de acoplamiento estructural: que el sistema es una organización autopoietica. Y por tanto no existe un juicio previo acerca de las estructuras que deberán prevalecer y que la organización autopoietica soporta estructuras muy diversas, dependiendo del tipo de sistema y por eso, el desarrollo de diversas estructuras es posible mientras se conserve la autopoiesis, caso contrario deja de vivir.

“El acoplamiento estructural, entonces, excluye el que datos existentes en el entorno puedan especificar, conforme a las propias estructuras, lo que sucede en el sistema. Maturana diría que el acoplamiento estructural se encuentra de modo ortogonal con respecto a la autodeterminación del sistema. No determina lo que sucede en el sistema, pero debe estar presupuesto, ya que de otra manera la autopoiesis se detendría y el sistema dejaría de existir. En este sentido, todos los sistemas están adaptados a su entorno (o no existirían), pero

hacia el interior del radio de acción que así se les confiere, tienen todas las posibilidades de comportarse de un modo no adaptado. Para ver el alcance de estas reflexiones baste considerar los problemas ecológicos de la sociedad moderna.” (Luhmann, 1996,p: 99)

- Sentido

Uno de los conceptos que utiliza el cuerpo teórico desarrollado por Luhmann y que le permite diferenciar sistemas que en otras teorías constituyen uno sólo, es el concepto de sentido.

“ La perspectiva de desarrollo de la teoría de sistemas que se ha expuesto permite vislumbrar una teoría que haga posible la delimitación clara entre sistemas de conciencia y sistemas de comunicación.

Para lograr este entendimiento es necesario tener presente que:

...2) Tanto los sistemas psíquicos como los sociales operan en el medio del sentido. Esto permite efectuar sus operaciones respectivas en un medio análogo, aunque esto no quiera decir que conciencia y comunicación reproduzcan un mismo tipo de operación. El que se afirme que tanto la conciencia como la comunicación operen en el medio del sentido no tiene más intención que la de señalar que estos sistemas operan en un medio de excedentes de posibilidades, por lo que se ven forzados a llevar a cabo procesos de selección, en la medida en que focalizan lo actual y dejan de lado otras posibilidades.” (Luhmann, 1995, p:191)

Luego, formaliza el concepto descomponiéndolo en tres dimensiones: “. La dimensión temporal puede ser descrita mediante la distinción pasado/futuro... La dimensión objetiva se maneja con el doble horizonte del adentro y del afuera y... la dimensión social... que posibilita la comparación permanente de lo que otros experimentan”(Luhmann, 1995;p:180)

Los Sistemas Organizacionales según la teoría de Luhmann

Para Rodríguez (2006), no se ha desarrollado aún una teoría de sistemas autopoieticos organizacionales que haya logrado la suficiente difusión como para aunar criterios. Considera que el trabajo más logrado en esa dirección parece ser el de Niklas Luhmann que considera a las organizaciones como sistemas autopoieticos compuestos por decisiones y el cual desarrolla en su libro Organización y decisión, de Luhmann en 1978.

Dentro de su desarrollo teórico, Luhmann establece una abstracción esquemática de tres niveles en la formación de sistemas a ser usadas como esquema conceptual, que sirve para comparar las distintas posibilidades de formación de los sistemas. Estos niveles de formación de sistemas, son los siguientes (Luhmann, 1991)

En el Nivel 1, se encuentra el nivel general de “sistemas”. Este nivel, contiene al resto de los niveles

En el Nivel 2, aparecen cuatro tipos de sistemas:

- Maquinas
- Organismos
- Sistemas sociales
- Sistemas síquicos

El Nivel 3, contenido a su vez en el anterior. En este nivel, realiza una desagregación de los tipos de sistemas sociales (tema de estudio de esa publicación):

- Interacciones
- Organizaciones
- Sociedades

Antes de especificar el Nivel 3, donde aparecen las organizaciones como sistemas, en función de las necesidades de la investigación, es necesario llamar la atención que para el autor, las personas son una conjunción de sistemas biológicos y sistemas síquicos o conciencia, teniendo las particularidades que le confiere ser un sistema autónomo.

Los tres tipos de sistemas sociales, se corresponden correlativamente a niveles de creciente complejidad, siendo caracterizado por el autor de la siguiente forma. (Rodríguez, 2003):

a) El sistema de la interacción, se caracteriza por la presencia física de los participantes de este sistema. En él se ubican los grupos, entendiendo que el nivel de comunicaciones que se da en ellos no requiere de intermediarios o sistemas artificiales. Está supeditado a la copresencialidad de los interactuantes.

b) El sistema organizacional, se caracteriza por tener como operación principal, las decisiones. Estos sistemas generan sus propios elementos y que definen sus relaciones con su entorno, reducen complejidad, en términos comprensibles para ellos, esto es, en términos de decisiones.

Adicionalmente, condiciona la pertenencia, esto es, la membresía. Las personas para ingresar a este sistema, deben cumplir con las expectativas que el sistema tienen sobre ellas, es decir la organización es anterior a sus miembros, y por supuesto es posterior en la medida que puede prescindir de ellos, de esta forma, las organizaciones se perpetúan a través del tiempo.

c) Por último, tenemos el sistema denominado sociedad, constituido por todas las comunicaciones posibles desarrolladas, con la concepción de sociedad como un sistema total de comunicaciones y no de personas.

Esto último, también aplica para los sistemas organizacionales, levantando igualmente críticas por ello.

“Esta forma de definir a las organizaciones, lleva a Luhmann a desarrollar una argumentación que no es para nada simple, sino bastante compleja y que implica, entre otras cosas, sostener que la organización social, al estar compuesta exclusivamente por decisiones, no incluye como elementos componentes a los individuos que aportan el trabajo; estos constituyen su “entorno interno” y por lo tanto entre la organización y sus miembros sólo hay “acoplamiento estructural”. (Lemone y Bastías, 2003)

Con esta desagregación de niveles de sistemas, el autor pone en relieve, las diferencias entre ellos, que debe ser tomada en cuenta para los análisis y comparaciones:

“La distinción de los tres niveles en la formación de sistemas hace perceptibles, a primera vista, los errores típicos o, al menos, la falta de claridad en las discusiones sostenidas hasta ahora. Las distinciones entre diversos tipos de sistemas deberán mantenerse en un solo nivel. Lo mismo vale para los deslindamientos negativos. Mediante esta regla se eliminan numerosas estrategias improductivas de la teoría. Por ejemplo, tiene poco sentido decir que las sociedades no son organismos o, de acuerdo con la tradición teórica, distinguir entre cuerpos orgánicos (constituidos por partes coherentes) y cuerpos sociales (constituidos por partes incoherentes). Igual de “erróneo” es el intento de querer construir teorías generales de lo social sustentadas en las teorías de la interacción”. (Luhmann, 1991).

Luhmann sostiene que son tres los factores estructurales que han favorecido la proliferación de las organizaciones:

“a) La diferenciación y monetarización en general del sistema económico de la sociedad. Tiene como consecuencia que todo comportamiento económicamente relevante, ... al menos puede ser considerado y tratado como disposición sobre valores monetarios, es decir, como decisión.” (Luhmann; 1997: 56). Según la observación del autor, cada decisión tiene su valor (su precio), con lo que el decidir se transforma en un proceso costoso que está no sólo regulado por la decisión en sí (ámbito interno), sino que por la trascendencia en el entorno que esta tenga (ámbito externo), luego, debido a la complejidad de las decisiones que se abordan es que, la manera de hacerlo sea organizacional, es decir especialmente.

b) La segunda razón de la proliferación de las organizaciones para Luhmann se basa en la “legalización de las condiciones de mantenimiento y continuación del modo de vida diario.” (Luhmann; 1997). De esta manera, las posibilidades de acoplamiento residen ahora

en un “ajeno” que define cómo debe llevarse a cabo un determinado proceso.

c) Como tercer factor señala, que la vida de los individuos “es discontinuada mediante la educación escolar y la elección de oficio. Las selecciones que aquí resultan pueden ser también interpretadas por las organizaciones como posibilidades de decisión, que la persona en un crecimiento utiliza para escoger una especialización, un oficio y un lugar de trabajo para sí.” (Luhmann; 1997). La forma organizada de la sociedad, establece una serie de maneras “organizacionales” de ir diferenciando a los individuos, haciéndolos partícipes de sí, como miembros y con ello validándolos. De esta manera son las organizaciones las que median entre la vida familiar y, por ejemplo, la vida laboral”. (Rodríguez 2003)

Características de las Organizaciones

Utilizando el desarrollo teórico de Luhmann sobre los sistemas sociales y los sistemas organizacionales en particular (en su libro Organización y Decisión, referido por varios autores), se pueden establecer las siguientes afirmaciones que definen y delimitan a los sistemas organizacionales (Luhmann, 1991; Luhmann, 1996; Luhmann referido en Rodríguez 2002; Limone 2002; Odette, 2003; Rojas, 2004):

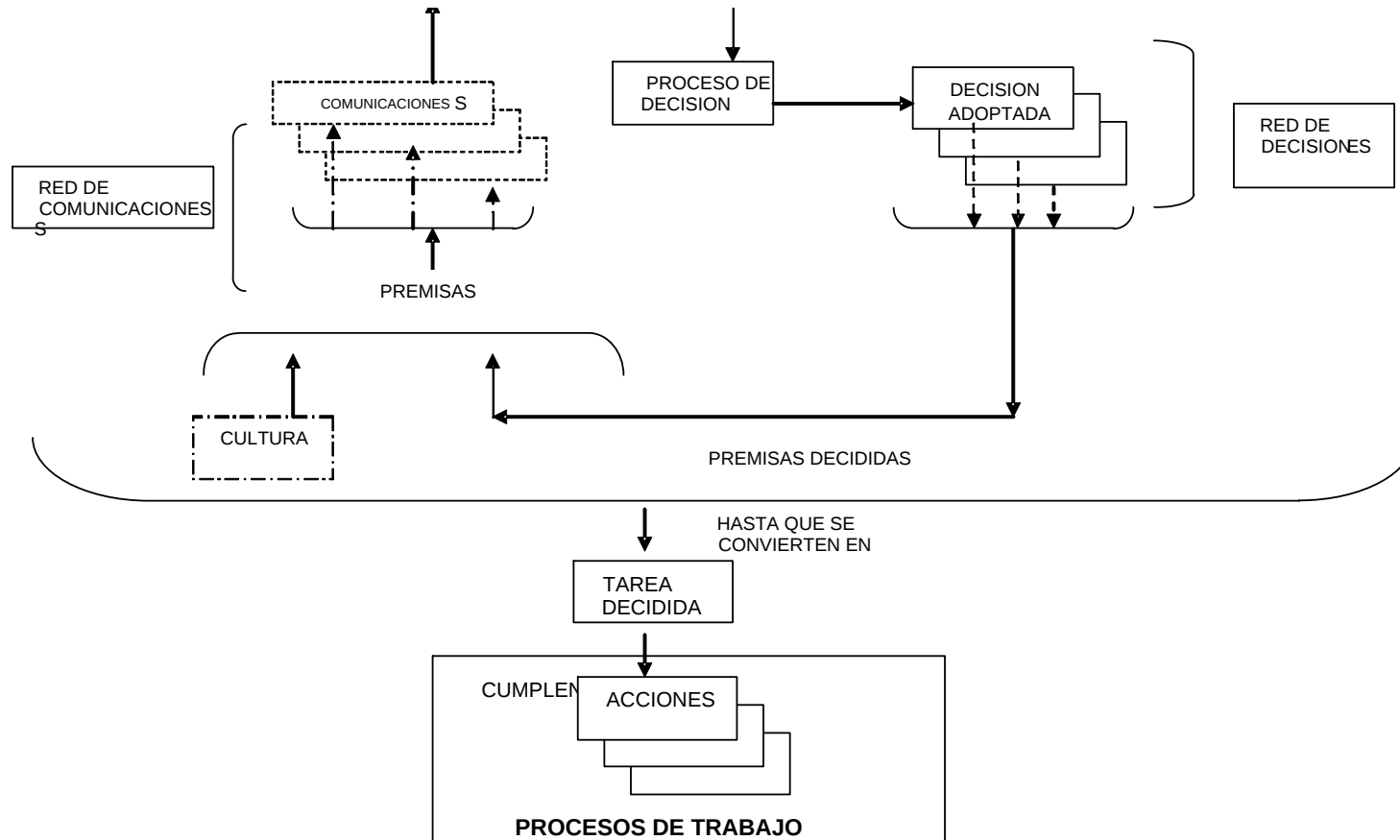
- Las organizaciones son sistemas sociales que surgen producto de una “artificialidad” o reflexividad, de una acción consciente, ya que son producto de la racionalidad de quienes la constituyen.
- Surgen además, como el sistema de comunicaciones especializados en abordar problemáticas específicas y establecer soluciones, debido a que las comunicaciones tematizadas en la sociedad y especificadas en los sistemas sociales parciales, carecen de posibilidad operativa al no poder articularse con medios que desarrollen el tipo de comunicaciones específico que son “las decisiones”. Para Luhmann: “La pretensión de racionalidad que no puede ser llevada a cabo inmediatamente en forma de decisión, es transferida a la organización, donde se busca realizarla en etapas” (en Rodríguez, 2002).

- Las comunicaciones generan consecuencias prácticas, por lo que, por sobre todo, establecen modos de hacer. Se articulan de medios hacia fines con una determinada orientación distintiva (por ejemplo la racionalidad monetaria, en las organizaciones con fines de lucro).
- Conforman sistemas complejo formados por decisiones (su elemento constituyente, que lo distingue de otros sistemas sociales) que se interrelacionan, y supone que éstas servirán como premisas para otras decisiones.
- Las decisiones, al ser el elemento constituyente de las organizaciones, sólo pueden descomponerse en decisiones y sólo pueden mejorarse mediante decisiones, por eso son un sistema autopoietico. Por tanto, de acuerdo a Maturana y Varela, las organizaciones están constituida como un sistema de procesos de producción de componentes generados a través de continuas interacciones y transformaciones, que delimitan al sistema como unidad en el espacio físico. (Maturana y Varela; 1998).
- Los elementos constituyentes, esto es, las decisiones que lo conforman, se producen en clausura operacional. Recordando a Maturana y Varela, como sistemas autopoieticos, son cerrados y autónomos con lo cual no quieren dar a entender que estén completamente aislados. La clausura y la autonomía que ellos refieren es organizacional. (Maturana y Varela, 1998)
- Este cierre operacional es utilizado para mantener un modelo estable de relaciones y para, en última instancia ser distinguido como un sistema.
- Son sistemas autorreferentes, que define su entorno en términos de lo que puede ser comprensible para él, es decir, en sus propios términos, su elemento constituyente, las decisiones.
- Por ello, no pueden entrar en intersecciones que no están especificadas en el modelo de relaciones que definen la organización. Así, las relaciones del sistema con su entorno son, realmente, una reflexión de su propia organización.
- Este sistema organizacional autopoietico está acoplado estructuralmente a su entorno, de tal manera que no hay organizaciones mal adaptadas, ya que desaparecería.

- Estas organizaciones, además, están determinadas estructuralmente. Es la misma estructura de la organización la que muestra las posibilidades de desarrollo y destrucción de la organización.
- En la práctica, los elementos son comunicaciones, atribuidos como decisiones para asegurar su conexión con otras comunicaciones de decisión.
- Son sistemas selectivos, ya que, al incluir una diversidad de elementos que dificulta su interrelación, estas comunicaciones deben producirse en forma selectiva. Lo anterior implica elección entre alternativas y que, a partir de esta elección, se posibilitan y se impiden nuevas decisiones. Por ello, el diseño organizacional debe decidir quién y cómo decidirá.
- Para Luhmann, la complejidad se constituye en los sistemas organizacionales como relación entre decisiones.
- En consecuencia, la complejidad es la condición necesaria para que los sucesos puedan aparecer como decisiones selectivas y para que puedan ser utilizados como elementos en la construcción de sistemas. La complejidad, se refiere entonces a que las diferentes decisiones ofrecen alternativas.
- “Toda organización supone que su entorno también está suficientemente organizado, o que al menos es capaz de decisión y la capacidad de organización actúa entonces selectivamente sobre lo que, desde el punto de vista de la sociedad global, es aún posible.” (Luhmann 1997 en Rodríguez 2002). Por ello, las organizaciones manejan su propio código comunicativo y que requieren comunicaciones del mismo tipo para conseguir un entendimiento.
- “La existencia de organizaciones se ha transformado en un supuesto indispensable, e incluso el motivo principal para el surgimiento de organizaciones. Las organizaciones fundan organizaciones o hacen aparecer la fundación de organizaciones como prometedora. La red de relaciones interorganizacionales estimula su propio crecimiento; es cuestión secundaria si esto es para la cooperación o para el conflicto.” (Luhmann 1997 en Rodríguez 2002).

- La información es clave para los sistemas organizacionales, entendiendo por información como “un acontecimiento que selecciona estados del sistema. Esto es posible sólo mediante estructuras que limitan y preseleccionan las posibilidades. La información presupone estructura, pero no es en sí misma ninguna estructura, sino un acontecimiento que actualiza el uso de las estructuras.” (Luhmann; 1991). Al comunicar esos estados se comunica la diferencia que hay entre uno y otro, por eso se dice que información es “información de diferencia”
- Ésta modalidad requiere como condición sistémica para su funcionamiento una alta especialización en sus procesos selectivos de comunicación, “el sistema reacciona sólo cuando puede procesar información y transformarla en estructura” (Luhmann; 1996). Esto se desarrolla mediante un proceso reflexivo en cuanto a las operaciones que se desarrollan en su interior y las que se podrían desarrollar.
- Con este cambio que viene a reforzar, el concepto de autopoiesis al especificarle, no es posible predecir cómo se comportará el sistema, ya que la información es un estado que surge desde dentro del sistema mismo.
- La articulación entre sistemas puede darse sólo bajo un criterio de estabilidad relativa, es decir, de selección de posibilidades y que esa selección sea permanente. Para esto se recurre a mecanismos de estabilización. En el caso de las organizaciones y los individuos como sistemas psíquicos esto se da mediante las normas de comportamiento, la definición de roles y funciones por parte de la organización y del cumplimiento de estas por parte del individuo.
- Finalmente, para Luhmann, las organizaciones se encuentran obligadas a innovar, lo que quiere decir, a mantener el control sobre las alternativas de cambio, sea a través de la planificación o mediante una capacidad de innovación que se desarrolla a través de decisiones oportunas, caso contrario, la organización perderá las oportunidades que se le ofrezcan y se encontrará sometida a cambios no deseados o en dirección desconocida.

Figura. 6: La organización como una red de comunicaciones



Fuente: Elaboración propia a partir de Luhmann, 1995 y Rodríguez, 2006

La Gestión de la Calidad

La evolución de la Gestión de la Calidad

Luego de transitar por la historia y conceptos asociados a la calidad, especificaremos los aspectos relacionados con su gestión. Para realizarlo, de nuevo es útil visualizar en el lapso de tiempo, cómo los diferentes autores han ido incorporando el cuerpo de conocimientos para gestionar la calidad. Existen varios autores que han presentado la evolución de la Gestión de la calidad. Utilizaremos el agrupamiento realizado por Camisón, Cruz y González (2007), por considerarlo de mayor alcance en cuanto a la asociación que realizan con otras disciplinas a lo largo de la evolución de la disciplina de la calidad.

Estos autores presentan lo que llaman “las 10 generaciones de la Gestión de la Calidad”, las cuales agrupan en tres enfoques por los que ha transitado la Gestión de la Calidad, a partir de la historia del desarrollo de la preocupación por la calidad y su estudio que se presentó en secciones anteriores:

1. Enfoque técnico: parte a comienzos del siglo XX a partir de las necesidades de estandarización e intercambiabilidad de piezas que crea el modelo de producción en serie. Su principal preocupación ha sido (ya que sus conocimientos siguen nutriéndose con técnicas actuales) la eficiencia de los productos y proceso de la empresa. Las etapas u orientaciones de este enfoque son las siguientes
 - a. Orientación al producto: en este lapso, se introdujeron la inspección y las auditoría de calidad, pero teniendo como foco al producto final.
 - b. Orientación al proceso: en esta, los controles se realizan además de sobre los productos, sobre a los procesos operativos, tomando una finalidad de mayor prevención. Shewhart con sus gráficos de control junto a Deming, tuvieron un papel protagónico en consolidación del control estadístico de proceso.

Los autores consideran que estas dos etapas, no deberían considerarse como aproximaciones a la Gestión de la calidad pues se centran en resolver problemas mediante la inspección y el control estadístico de procesos, con una escasa participación de la dirección (p:78)

- c. Orientación a la prevención: Con Juran como figura central, donde la inspección y control se dirigen hacia el diseño de productos y procesos, tornándose los esfuerzos en preventivos.
- d. Orientación al sistema: Si bien Juran había sensibilizado a los directivos de su importancia en la consecución de la calidad, con Ishikawa como gran promotor dentro de su país de esta orientación, y con el concepto de Feigenbaum de control de calidad total, se comienza a extender el aseguramiento de la calidad en todo el sistema organizacional.
- e. Orientación al costo: luego del cambio de un mercado de vendedores a un mercado de compradores (Chandler, 1977,1978 en Camisón et al, 2007), las empresas reaccionan centrando su atención en la reducción de costos. En calidad. Crosby despliega su esfuerzo en traducir lo referente a calidad al valor monetario, con los costos de la calidad o de la mala calidad. Taguchi por su parte, introduce la función de pérdida de calidad donde relaciona la calidad con los costos.

Además de los esfuerzos focalizados en calidad, en esta etapa se introdujeron y se asumieron en las organizaciones fabriles, las especificaciones de Taylor y Ford. De este enfoque proviene la confusión aun hasta hoy, de confundir a la calidad sólo con la ingeniería, lo cuantitativo, y con las técnicas y herramientas usadas para conseguirlas.

2. El enfoque humano

Los enfoques técnicos y humanos se enfrentan durante los años 70 y parte de los 80: es la época de los malentendidos entre los ingenieros de bata blanca y los psicólogos (Camisón et al ,2007,p:81), con las siguientes etapas diferenciadoras:

- a. Orientación a las personas, la reflexión de Ishikawa indica que la calidad es una disciplina distinta a la ingeniería, pues al hablar de problemas de dirección se puede ser insensible a

las diferencias culturales y al factor humano. Tiene detrás toda la escuela de las relaciones humanas en administración. Se torna clave, la participación de los trabajadores en la consecución y mejora de la calidad.

- b. Orientación cultural. Esta etapa surge por el marco referencial desarrollados por Schein en el campo de la Gestión y su amplia difusión y aceptación, a lo que se le unió en la práctica de la Calidad que los círculos de calidad tuvieron problemas para ser implementados en occidente, debido al “hecho de introducir dichos programas de forma aislada en empresas donde no existía arraigada una cultura, una estructura y una dirección propicias para su desarrollo y buen funcionamiento” (Camisón et al, 2007,p:81)

3. El enfoque estratégico

A partir de los cambios que colocan a la calidad por encima de los costos, se han ido desarrollando sistemas para la GC que enfatizan la sustitución del concepto de Control típico del enfoque técnico, por el de Gestión, más asociado a sistemas organizacionales y el enfoque de administración estratégica. Las etapas:

- a. Orientación al costo, con Taguchi y su función de pérdida y Feigembaum y la necesidad de gestionar la calidad en toda la organización.
- b. Reorientación al proceso: más recientemente, por los años 90, Hammer y Champy, introducen técnicas para la reestructuración radical de los procesos, lo cual de acuerdo a los autores de la clasificación, puede haber ayudado a acelerar la difusión de este enfoque en Occidente. En esta fase se introduce la metodología de seis sigma de Harry, que tiene amplia difusión y utilización en la actualidad. Con Hammer y Champy y su término Reingeniería de procesos, hay un punto de ruptura con la filosofía japonesa de GC basada en la mejora continua y que subyacía en toda la

historia del enfoque técnico. Por eso, aún cuando es un enfoque técnico, su visión lo torna en estratégico.

- c. Orientación al servicio. Los servicios han pasado a ser uno de los aspectos de mayor estudio y desarrollo en el campo administrativo, siendo la calidad de los servicios una de las aristas que se encuentra en estudio, fundamentalmente a partir de los trabajos de Parasuraman, Zeithmal y, Berry en el área del mercadeo.
- d. Orientación global. En estos momentos donde en la ciencia ha venido surgiendo nuevas formas de ver el mundo, uno de los rasgos es la multidimensionalidad de los fenómenos importantes para el ser humano, exigiendo entre otras cosas, el necesario abordaje al menos interdisciplinario de los estudios en general y de la Gestión de la Calidad en particular, donde se necesita ahora, un concepto de calidad multidimensional y dinámico. De allí que se han venido integrando lo pertinente de los enfoques anteriores en función del contexto actual y desarrollando modelos para estudiar y para gestionar la calidad en toda y a partir de toda la organización, estos modelos son llamados, Modelos de la Gestión de la Calidad, GCT Total o TQM por sus siglas en inglés.

Las dimensiones de la Gestión de la Calidad

El tomar conciencia la alta dirección y la organización general del carácter transversal de la función calidad y que su despliegue afecta a todos los departamentos y funciones organizativas, ha hecho que su estudio haya atraído a multitud de disciplinas, desde la ingeniería, a la gestión de recursos humanos, el marketing o la dirección estratégica.(Juran y Gryna, 1993; Gryna et al, 2007; Cantú, 2001:Camisón et al, 2007).La conjugación de las diferentes visiones comenzó a fluir en la década de los noventa del siglo XX, siendo el enfoque estratégico de la gestión de la calidad el artífice de esta visión de conjunto. La existencia de una comunidad de investigadores tiene también un botón de muestra en la creación y el crecimiento de asociaciones científicas enfocadas en este ámbito, ya sea de carácter exclusivo o como divisiones de

áreas de especialización dentro de un propósito más general. (Juran y Godfrey, 2001; Gryna et al, 2007; Camisón et al. 2007).

No obstante, continúa la borrosidad de la función calidad y su gestión. Escrig, (2005) plantea la existencia de dos grupos de investigaciones sobre la Gestión de la calidad o Dirección de la calidad, DC, como lo llama este autor. Uno de los modelos resultan de investigaciones empíricas o de análisis teóricos llevados a cabo por grupos de investigación o instituciones interesadas en la difusión de la DC, con el propósito de delimitar los componentes básicos que caracterizan esta opción estratégica o tratan de dar respuesta a lo que la Gestión de la Calidad es; toman como base una serie de conceptos básicos o principios que actúan como directrices para guiar o dirigir una organización con un enfoque de calidad. Por otro lado están aquéllos que se han preocupado del análisis de los factores a considerar en la implantación de la DC, los cuales analizan el marco de implantación y los factores críticos para la implantación exitosa, estudiando los elementos críticos o métodos específicos para lograrlo. En este grupo estarían los métodos propuestos por los autores considerados los expertos en desarrollo de la calidad en los últimos tiempos como Deming, Juran, Crosby, Ishikawa. Existen modelos ofrecidos por los premios a la calidad, como el Modelo europeo EFQM de Excelencia, el Malcom Baldrige en Norteamérica, o normas de amplio uso como la ISO 9000.

En el mundo académico y empresarial, se ha venido tomando conciencia que no es posible una cosa sin la otra, principios sin prácticas o practicas sin principios sin

“En conclusión, las prácticas constituyen el aspecto más visible y evidente de la DC. Sin embargo, la DC, posee unos principios subyacentes que representan las ideas rectoras y los conceptos que justifican las prácticas. Tal como señala Senge (1990: 458), los principios de una disciplina constituyen puntos de referencia que asisten en el refinamiento continuo de la práctica y permiten explicarla a otros”. (Escrig, 2005,p:11)

En definitiva, la integración de la DC o GCT en la organización será el resultado conjunto de la adopción de los diferentes principios y de cómo se implementen éstos a través de las prácticas técnicas.

Considerando el carácter multidimensional y sistémico de la gestión de la calidad, un comité promovido por Procter & Gamble, en el que participaron directores de grandes empresas y académicos establecieron una definición en 1992 La Dirección de la calidad o Gestión de la Calidad es

“un sistema de dirección enfocado a las personas, cuya meta es la continua satisfacción de los clientes de la manera más eficiente posible. Es un enfoque de sistemas (no un área o programa aislado), y una parte integral de la estrategia corporativa; trabaja horizontalmente a través de todas las funciones y departamentos, involucra a todos los empleados, desde lo más alto a lo más bajo de la organización, y se extiende más allá de las fronteras de la empresa para incluir a clientes y proveedores. La dirección de la calidad enfatiza el aprendizaje y la mejora continua como las claves del éxito competitivo” (Report of the Total Quality Leadership and Steering Committee, 1992, en Escrig, 2005)

Coincidiendo con los planteamientos de Escrig, Camisón, Cruz y González, (2007) utilizan el término enfoque de Gestión de la Calidad para describir

“Un sistema que relaciona un conjunto de variables relevantes para la puesta en práctica de una serie de principios, prácticas y técnicas para la mejora de la calidad” p211

Desde este concepto, se establecen las siguientes dimensiones, p254

1. los principios que asumen y que guían la acción organizativa
2. las prácticas – actividades – que incorporan para llevar a la práctica esos principios
3. las técnicas que intentan hacer efectivas estas prácticas

Desde este enfoque de GCT, la Gestión de la Calidad, GC (término que utilizaremos ya que en nuestro país tiene mayor resonancia académica hoy que el del Gestión de la Calidad Total y a nivel práctico por el término utilizado en la norma ISO 9000), consiste en

“el conjunto de acciones orientadas a planificar, organizar y controlar la función calidad de una organización, con vistas a la mejora continua de la calidad del producto y de la posición competitiva así como a optimizar la creación de valor para los grupos de interés considerados claves.” p:xxxx

Estos autores recuerdan la necesidad de alinear los aspectos claves de una organización y además, establecen las tareas que debería llevar a cabo la GC desde una óptica sistémica.

Los siete aspectos claves de la vida de una organización que deberían ser alineados para instaurar una GC en cualquier organización son (p: 267):

1. La misión
2. Los objetivos
3. La estrategia
4. La estructura: donde se establece la relación entre las personas y los roles y responsabilidades, organizados en procesos, que los individuos y los equipos asumen para el logro de los objetivos
5. La cultura organizacional, constituida por: normas, creencias y valores que guían el comportamiento de las personas y que apoyan el modo en que trabajan juntas. Es también un generador de la organización. La cultura también condiciona en gran medida las elecciones hechas en cuanto a la misión, los objetivos, las estrategias y la estructura.
6. Las personas

7. Los procesos, organizando y coordinando las tareas y tecnologías en procesos lo cual permite afrontar el trabajo con una visión horizontal.

Para conseguir ese fin, tarea de alta complejidad, la GC:

1. Tiene la responsabilidad de definir las metas de calidad de la organización en el marco de su misión, o sea en relación con los valores corporativos, el modelo de negocio y sus prioridades competitivas.
2. Establece y Desarrolla la estrategia de calidad de la organización, en el marco de la estrategia de empresa.
3. Despliega la estrategia de calidad,
 - a. planificando las acciones necesarias y
 - b. asignando los recursos exigidos para desarrollar las políticas y programas de calidad (.desde la calidad de concepción del producto o servicio, hasta la calidad de servicio, i.e, abarca todo el ciclo de la calidad) y alcanzar los objetivos establecidos
4. Es responsable de diseñar la organización de la función calidad,
 - a. estableciendo dentro del organigrama las unidades necesarias,
 - b. asignando las funciones y responsabilidades que cada miembro de la organización asume y
 - c. coordinando todos los esfuerzos a fin de de ejecutar la planificación de la calidad
5. Una de sus funciones primarias, es la de establecer el Sistema de gestión de la Calidad, SGC de la organización, que permita establecer, desarrollar y documentar todos los procesos y resultados. (ISO, 9001:2008).
6. La función Gestión de la calidad, promueve en la organización una cultura de calidad, lo que implica:
 - a. Empujar los cambios necesarios para incentivar el liderazgo en calidad,

- b. Instaurar una estructura que permita poner en la práctica los principios, las estrategias y se alcancen resultados de calidad y
 - c. Realizar una gestión de los recursos humanos ajustadas a los principios de la GCT
- 7. Promueve un plan de formación en calidad para todos los miembros de la organización, así como para los grupos de interés internos y externos.
- 8. Verifica la eficacia de las decisiones y acciones emprendidas,
 - a. evaluando los resultados y
 - b. estableciendo las oportunas medidas correctoras

Principios y prácticas de la Gestión de la Calidad.

Siguiendo el planteamiento de las investigaciones sobre el tema, con la muestra de los autores referidos, la GC tiene tres dimensiones (Camisón et al, 2007), que son necesarias pensarlas, diseñarlas, instaurarlas, evaluarlas y sobre todo, alinearlas entre sí y con el sistema organizacional, para poder hacer el cambio de ruta en la evolución de la organización, no importando su naturaleza, tamaño y formas, teniendo en cuenta claro está, las particularidades de cada sistema organizacional.

1. Dimensión filosófica: que implica definir hacia dónde se desea que vaya la organización en el tiempo, darle “sentido” a este sistema social según Luhmann (1997). Aquí ayudarían las declaraciones de misión, el cambio o redireccionamiento de la cultura hacia una cultura de calidad. Para poder articular misión y cultura, entran en juego los valores de la organización.
2. Dimensión estratégica, que se encarga de posibilitar la instauración de un SGC integrado al sistema organizacional, con visión hacia la calidad.
3. Dimensión operativa, donde se instaura un modelo que permita percibir, pensar y actuar de todos los miembros de la organización para crear valor para todos los grupos de interés (en general clientes, usuarios, accionistas, proveedores, sociedad)

La primera dimensión posee unas características de intangible, difusa, subjetiva que hace difícil ponerse de acuerdo sobre los valores y principios con un enfoque normativo.

Existe una cantidad considerable de principios o elementos básicos de los sistemas de GC, sin embargo, Escrig, y Camisón et al, realizan un agrupamiento de principios que han tenido amplio consenso de acuerdo a los autores que refieren, y además cuenta con un aporte al diferenciar principios de prácticas, aspecto que autores e instituciones que generan información de amplio uso, no lo hacen, por ejemplo en la ISO 9000:2005, aparecen como principios, practicas como la gestión por procesos. Los principios o elementos básicos son los siguientes (Camisón et al, 2007; p: 274 y ss):

1. Orientación estratégica: este principio guía, establece la necesidad de formular y aplicar una estrategia corporativa que integre a la calidad dentro de ese proceso.
2. Orientación al cliente: este es uno de los principios bases para todos los autores e investigadores del área de la calidad. Todas las actividades de la organización deberían estar centradas en la satisfacción de los clientes, quienes por un lado son los jueces finales de la calidad organizacional, y cuando hablamos de servicios públicos, se introducen los derechos que como ciudadanos se tienen.
3. Liderazgo y compromiso de la Dirección: el enfoque de la GC, extiende la responsabilidad a todos los niveles jerárquicos, teniendo la alta dirección la mayor cuota de esta responsabilidad
4. Visión global y horizontal de la organización: La GC, se despliega a todo lo largo y ancho de la organización. Este principio impone las prácticas de mayor envergadura y también de mayor impacto en los esfuerzos de la GC: la Gestión por procesos y le pensamiento sistémico.
5. Orientación a las personas y al desarrollo de sus competencias: para que la GC de resultados, la organización “debe desplegar conocimientos, habilidades, responsabilidad y compromiso por todos los ámbitos, para inducir una conciencia de calidad en sus miembros. La GCT asume que la calidad es algo que se ‘hace con las personas’ , en vez de algo que ‘se le hace a las personas’” p:293

6. Orientación a la cooperación: Para que la organización trabaje la calidad como un sistema, exige que sus procesos y personas sean abiertos, tanto en lo interno como en lo externo. Esto no podría alcanzarse sin el principio de cooperación. Uno de los grupos de interés que el movimiento por la calidad ha incorporado, además de sus miembros, son los proveedores. Se asumen como 'socios' pues sin la calidad y oportunidad de ellos, la organización no podría alcanzar mejores niveles de calidad.
7. Orientación al aprendizaje y a la innovación. Uno de los cambios en la formas de gestión que ha hecho cambiar los estudios de GC en el mundo, ha sido la necesidad de cambiar, de mejorar. La mejora continua es una de las prácticas de más amplia difusión e internalización o concienciación, que surgió de esta rama. Luego con la reorientación a los procesos, pero centrados en el cliente, la mejora radical, se vio como una opción real para mejorar el desempeño organizacional.
8. Orientación ética y social. Al igual que otros ámbitos de la gestión organizacional, este principio está presente. Quizás, agregaríamos, que es un componente intrínseco a la calidad, pues se trata de satisfacer las necesidades de todos los grupos de interés, de todas, las personas, de toda la sociedad.

La Gestión de la Calidad y los Resultados de Calidad de las Organizaciones.

Existen una amplia bibliografía de trabajos que indican que los resultados obtenidos con las acciones en calidad en la organización, tienen relaciones positivas con la calidad de los productos finales y el desempeño organizativo.

Escrig 2001, luego de una revisión de la literatura más relevante hasta ese momento, mostrados en el cuadro anexo, concluye sobre la existencia en la relación positiva existente entre la introducción de la Dirección para la Calidad y los resultados de la organización, presentando no obstante algunos problemas asociados a las investigaciones realizadas y referidas por el autor, que lo lleva a proponer y validar una metodología para explorar esta relación. Aún así, entre las relaciones encontradas están:

1. los resultados de calidad, tales como reducción de desperdicios, de errores o mejoras de la calidad de los productos y servicios
2. los resultados operativos, como mejora en la satisfacción de los clientes, mejor conocimiento del trabajo o mejora en la comunicación interna
3. Aún cuando plantea que no son tan concluyentes como en los casos anteriores, existen mejoras en los resultados financieros.

Cuadro 1: Resultados y acciones en Calidad

Autor	Resultados relacionados
Larson y Shina 1995	Cooperación, calidad del producto, productividad, satisfacción del cliente y del empleado
Terziovsky y Samson 1999	Moral de los empleados, productividad, mejora del tiempo de distribución, satisfacción de los clientes, flujo de caja e incremento de las ventas
GAO 1991	Empleados(mejores relaciones, aumento de sugerencias, reducción de la rotación) Resultados operativos (mejora del tiempo de procesamiento de pedidos, reducción de errores, defectos y costos de la calidad) Aumento de la Satisfacción de los clientes Resultados financieros (aumento de la cuota de mercado y de las ventas por empleado)
Lemad y Reed 1997	Resultados financieros (aumento del valor de mercado y una mejora de los márgenes sobre las ventas)
Ernst & Young / American Quality Foundation 1992	Rentabilidad, productividad, calidad
Mann y Keohe 1994	Resultados estratégicos (mejora de la cuota del mercado, mejora en la cuota de ventas) Resultados operativos (mejora en las relaciones con los proveedores y clientes, una mejora de la satisfacción de las personas y del rendimiento de los procesos y un mejora en el despliegue de las políticas)
Powell 1995	Resultados financieros
Admas et al 1997	Resultados de calidad Resultados financieros

Fuente: Escrig, 2001.

Por su parte, Cruz (2001) cita a los siguientes autores:

Cuadro 2: Resultados y acciones en Calidad 2

Autor	Resultados relacionados.
(Capon, Farley y Hoening, 1990; Stratton 1991; Van de Wiele et al., 1993; Wísner y Eakins, 1994; Rust, Zahorik y Keiningham, 1995; Ghobadian y Gallear, 1996; Reed, Lemak Y Montgomery. 1996).	Mejora de indicadores de eficiencia y crecimiento
Ghobadian y Gallear, 1996 Camisón, Bou y Roca (2000)	Indicadores de desempeño, como la productividad, el tiempo empleado en la prestación y la frecuencia de repeticiones del servicio. Centrados en procesos Rentabilidad
(Leonard y Sasser, 1983; Ross y Shetty, 1985; Garvin, 1987 Y 1988; Kaibel 1990; Benguria, 1991; Dotchin Y Oakland 1992; Belohlav, 1993; Conti 1993; Hall,. 1993; Spitzer, 1993; Carballo, 1994; Dean y Bowen, 1994; Grant et al, 1994; Sarabia et al., 1994; Bueno, 1995; Powell, 1995; Rajagopal et al., 1995; Camisón, 1996a; Femández Sánchez,. 1996; Ghobadian y Gallear, 1996; Sarabia y Serrano, 1996)	Factor Estratégico clave para mejorar la competitividad de la empresa

Fuente: Cruz, 2001

Aun cuando se puede observar la existencia de trabajos realizados sobre la relación entre las acciones que se instauren en cualquier organización con resultados que la misma obtenga, los autores plantean que la investigación en esta área está en proceso, pues falta bastante información para conclusiones que sean generalizables en su totalidad.

Gestión por procesos

Origen del enfoque de Gestión basado en proceso

Diversos autores han escrito acerca de uno de los cambios fundamentales que se ha venido dando en la gestión organizacional: el entender que los resultados no se consiguen con sólo el esfuerzo de una persona o algunas de ellas; con unos recursos materiales o financieros desconectados de la actividad cotidiana, sino con la conjunción de todos los recursos necesarios para transformarlos en tiempo real, de una forma dada. Esto es, son los procesos de trabajo, los únicos elementos de una organización que pueden generar un resultado terminado, bien hacia otro proceso interno, bien hacia el entorno. (Juran y Blanton, 2001; Camisón y otros, 2007; Harrington, 1992, Chang 2006; Meichun y otros, 2001)

Cheng (2006) retrocede en el tiempo de los estudiosos de la gestión y coloca la génesis de la gestión de procesos al igual que gestión en general, hacia el nacimiento de la empresa moderna. De allí toma las afirmaciones de Adam Smith afirmaba acerca que la producción en masa requería una nueva forma de organización y nuevos métodos de trabajo. Plantea que en su obra La riqueza de las naciones (1776), Smith reconoció que la división del trabajo era esencial para aumentar la productividad de los trabajadores, al comparar por observación los resultados en productividad entre trabajadores que realizaban partes de un producto y aquellos trabajadores empleados en la fabricación de alfileres enteros. “ la Idea de Smith de la especialización del trabajo estableció la base para las organizaciones funcionales en que las empresas se alinean hoy. Adam Smith introdujo la idea de la especialización laboral. Esto hizo necesario definir roles y tareas realizadas por diferentes individuos. Esta es la base de los procesos de negocio que abarcan múltiples individuos” (Chang, 2006, p: 4).

Luego adiciona como la siguiente revolución en la gestión de procesos junto a Frederick W. Taylor y Henry Ford. Taylor estimulado por la introducción de la producción en masa, amplió la idea de la especialización del trabajo de Smith con la introducción del método científico y las mediciones de los procesos de fabricación. En su libro, The Principles of Scientific Management escrito en 1911, Taylor hizo hincapié en que las empresas necesitaban la división del trabajo para

eliminar las ineficiencias de producción.. Propuso llevar a cabo esto con técnicas de gestión científica, que incluían las siguientes:

1. Los estudios de tiempos y movimientos para observar cómo los diferentes trabajadores realizar su trabajo y estandarizar luego las actividades de trabajo en los procesos de trabajo más eficientes.
2. La estandarización de los materiales, equipos y métodos de trabajo para todas las actividades del proceso de fabricación.
3. Los métodos sistemáticos para la selección de los mejores trabajadores adecuados para cada puesto de trabajo y les proporcionan capacitación para realizar tareas que están estandarizados.
4. Alinear la paga de los trabajadores a la producción alcanzada.

Por su parte, Henry Ford encontró usos prácticos para las teorías de gestión científica de Taylor, cuando comenzó la Ford Motor Company en 1913, para tratar de llevar el automóvil a las masas, a un precio asequible.

La solución que ideó fue ofrecer un solo modelo de coche, el modelo T, y de un solo color, negro. A esto unió el método de la línea de montaje riguroso, lo que permitió al final a Ford a ofrecer automóviles que el hombre común podía permitirse el lujo de comprar. En su concepto de línea de montaje, ideó la fabricación de automóviles como un solo proceso con actividades secuenciadas. Extendió así el concepto de Adam Smith de la especialización laboral, y añadió secuencias establecidas para llevar a cabo las tareas. De esta forma, cada trabajador realizaba una sola tarea de una manera prescrita y repetible. El cambio fue drástico: los Productos fluían hacia los trabajadores en lugar de los trabajadores que pasan del puesto de montaje a otro. Utilizó además, piezas intercambiables, un concepto ya desarrollado en la fabricación de armas de fuego, e introduce especificaciones para el proceso de fabricación.

La especialización de la mano de obra de Adam Smith, la línea de montaje de Henry Ford, y la gestión científica de Frederick Taylor dio origen a las corporaciones funcionales con los departamentos especializados formados por trabajadores especializados. Esta configuración optimizó la organización de las tareas que cada departamento necesitaba llevar a cabo. Esto permitió a las empresas, producir en masa los bienes de manera eficiente para satisfacer la

demanda impulsada por la expansión económica de la post-Guerra.”(Chang, 2006,p:5)

Desde una perspectiva de gestión estratégica, Tikkanen (1998) asocia la (re)popularización del enfoque en los procesos de trabajo como aspecto clave en la organización y la estrategia, al aumento de la competencia internacional por un lado, y a una de las consecuencias que trajo consigo, el aumento de la cooperación intra e interinstitucional, por el otro. Esta confluencia exigió el cambio en la manera en que se estructuraban las organizaciones. Las estructuras organizativas jerárquicas estaban siendo reemplazados por unas más magras, horizontalmente integradas como red de estructuras orientadas a las competencias básicas de las unidades vinculadas, como era planteado por varios autores del enfoque estratégico para la época, entre los que menciona a Ghoshal y Bartlett 1990 and 1995 y Prahalad and Hamel 1990 y 1993 y Porter, 1980, 1985, con el concepto de cadena de valor.

El autor lo denomina como un “cambio epocal” hacia una nueva condición social con sus propios principios y formas distintas de organización, que exige la integración social de las organizaciones empresariales y todas las actividades de negocio. A principios de la década de 1990, surgió un debate entre los investigadores académicos y profesionales en diversos campos de la gestión, que giraba en torno al concepto emergente de los procesos de negocio, donde emerge el discurso teórico relacionado con este llamado "movimiento de procesos" en las organizaciones empresariales.

De ese movimiento proceso surgen los conceptos de procesos de negocio, reingeniería o rediseño de los procesos de negocio (BPR), y la organización por proceso.

Michael Hammer (1990), introduce la teoría de reingeniería de procesos de negocio o BPR (Business Process Reengineering). Su propuesta era la de la existencia de muchas actividades que eran realizadas por la empresa no añadían valor para el cliente, y estas actividades debían ser eliminadas, en vez de hacerlas más rápidas o eficiente, por ejemplo con el uso de las nuevas tecnologías. Luego, presenta una metodología para realizar una transformación radical de la organización eliminando esas actividades sin valor añadido.

El proceso de reingeniería de negocios (BPR) el movimiento de la década de 1990 hizo hincapié en la tecnología como un elemento clave de la gestión de procesos y el proceso de cambiar, lo que realzó el papel de la tecnología de la información (IT) en la gestión de las grandes empresas dando origen a soluciones informáticas como el ERP(Enterprise Resource Planning (Chang,2006).

Adicionalmente, Chang (2006), plantea que surgieron conceptos desde varios frentes independientes, planteando otra fuente adicional que estaba en auge para ese entonces: el movimiento de la Gerencia de la Calidad Total o (TQM) de la década de 1980. Ambas ideas de gestión tenían como tema común, el concepto de proceso, referenciado más adelante.

Hoy, el “movimiento de procesos” se ha asentado en la comunidad organizacional y académica, a tal punto que Gryna, Chua y Defeo (2007) predicen que en el futuro, las estructura y los conceptos de las organizaciones podrían ver unos cambios excepcionales , ya que la forma de dividir el trabajo hasta ahora, ha sido por departamentos funcionales, mientras que los resultados críticos para los objetivos globales de la organización, son consecuencia de cómo se conjuguen esos recursos, interfuncionalmente. La gestión de estos procesos, que atraviesan a la organización de manera transversal, se ha convertido en uno de los aspectos que mayor impacto en las metas y los resultados del sistema organizacional.

De allí que al momento de surgir problemas con los resultados, es frecuente conseguir que la causa común haya sido la desatención prolongada de los procesos de trabajo por parte de la directiva, lo que acarrea:

- i. Obsolescencia
- ii. Se complican demasiado
- iii. Se convierten en redundante
- iv. y excesivamente caros
- v. Están mal definidos
- vi. No se adaptan a los cambios del entorno en constante cambio

Tipología de procesos de trabajo

Junto a las referencias acerca sobre la re-popularización de la gestión por procesos, asociados a lo estratégico, la calidad y las tecnologías de información, existen listas de tipos de procesos que tienen distintos usos e importancia de acuerdo al autor que los estudie. En principio, para observar la diversidad de procesos y de las disciplinas de origen, utilizaremos en principio la clasificación realizada por Garvin (1999), quien plantea que a lo largo de los años, los esfuerzos que los estudiosos han realizados para enfrentarse a los procesos como fenómenos colectivos han sido pocos y, han consistido en afirmaciones teóricas o metodológicas de una concreción extrema, se han centrado primordialmente en una sola teoría de proceso. Adicionalmente, se presentará la forma de clasificar los procesos organizacionales, y los modelos de enfoque por proceso de la serie ISO 9000 y del premio EFQM.

A partir de lo referido por Garvin, los textos académicos han venido acumulando cierto número de teorías sobre procesos, pero casi nadie se ha dedicado a revisarlas de modo sistemático e integrador. Una de las razones que aduce el autor, ha sido el campo desde donde provienen. Las teorías de procesos han surgido en campos como los de

1. Teoría organizativa,
2. Gestión estratégica,
3. Gestión de operaciones,
4. Dinámica de grupos y
5. Estudios de comportamiento directivo

Además, los esfuerzos que los estudiosos han realizados para enfrentarse a los procesos como fenómenos colectivos han sido pocos y, o bien han consistido en afirmaciones teóricas o metodológicas de una concreción extrema, o bien se han centrado primordialmente en una sola teoría de proceso

Dentro de las ventajas de ver las teorías en conjunto estarían

1. “los procesos ofrecen un conveniente nivel intermedio de análisis al consistir en tareas diversas y entrelazadas, permite que se abra la caja negra de la empresa sin que los analistas sufran disyuntivas del tipo “parte-todo” que han afectado como una plaga a las investigaciones precedentes....La perspectiva de procesos ofrece la integración necesaria,

mediante la cual la práctica real de trabajo puede vincularse de un modo explícito al funcionamiento en conjunto de la empresa..

2. una lente examinadora de procesos ofrece nuevos análisis de la conducta directiva.....integrar las actividades en un todo coherente. La perspectiva de procesos.....destaca los vínculos existentes entre actividades, mostrando que hay tareas aparentemente no relacionadas entre sí.....que son a menudo parte del desarrollo de una única secuencia mucho más racional y ordenada” (p:17)

De allí que se propuso en su escrito, ofrecer un marco en el poder pensar sobre procesos, sus efectos y las implicaciones para el directivo. La tipología que presenta se compone de

- I. Procesos organizativos, Proviene de tres escuelas de pensamiento separadas pero relacionadas, ya que cada una se centra en un proceso en concreto explorando sus características y problemas distintivos
 1. Procesos de trabajo. Tiene sus raíces en la Ingeniería Industrial y en la medición del rendimiento, se centra en la consecución de la tarea. La Idea de donde se desarrolla, es sencilla: "las organizaciones consiguen sus objetivos mediante cadenas entrelazadas de actividades que se extienden por distintos departamentos y grupos funcionales. Estas cadenas se denominan procesos y pueden agruparse en 2 dos categorías” (p:21)
 - a. Procesos operativos, que crean, producen y entregan productos y servicios, como Desarrollo de nuevos productos, Fabricación, Logística y distribución
 - b. Procesos administrativos, necesarios para el funcionamiento de los anteriores
 - i. Planificación estratégica
 - ii. Presupuestación
 - iii. Medición de rendimientos
 - c. Integración interfuncional horizontal: para aminorar los efectos de la fragmentación o la falta de integración interfuncional.

Características comunes:

- Encierran una serie de actividades entrelazadas e interdependientes que, en conjunto, transforman inputs en outputs.
- Tienen principio y fin, cuyos límites pueden definirse con precisión razonable y superposición mínima.
- En ambos existen clientes, que pueden ser internos o externos a la organización.

Diferencias fundamentales:

- a. Naturaleza del output
 - i. Los procesos operativos generan artículos y servicios que consumirán clientes externos.
 - ii. Los procesos administrativos generan información y planificación para uso de grupos internos.
- b. Se suelen considerar actividades independientes y sin relación alguna entre sí, aunque normalmente deban sincronizarse y apoyarse mutuamente si se desea que la organización funcione con efectividad.

Es la clasificación de mayor familiaridad para los directivos. Se nutre profusamente del movimiento por la Calidad y los de Reingeniería, donde ambos se centran en la necesidad de rediseñar los procesos para:

- a. Mejorar la calidad,
- b. Recortar costos,
- c. Reducir tiempos de ciclo,
- d. O potenciar de algún otro modo el rendimiento operativo.

El autor presenta como creencias comunes de ambos movimientos:

- a. La mayor parte de los procesos de trabajo existentes, se han desarrollado sin seguimiento alguno,
- b. Tienen poca racionalidad o Planificación y que
- c. Por eso, resultan terriblemente ineficaces.
- d. Por eso, sugieren dotar de un nuevo diseño a los procesos de trabajo.
- e. Para su estudio, proponen la utilización de herramientas parecidas, en concreto, la elaboración de mapas de procesos y modelos de datos, así como la adopción de reglas básicas para identificar oportunidades de mejora.

Y tienen como diferencias:

- a. El de calidad aboga por la mejora gradual, a una escala relativamente pequeña. La reingeniería aboga por cambio radical.
- b. Se da por supuesto que los procesos de trabajo existentes ya tienen muchas propiedades deseables. Para la reingeniería, los procesos de trabajo se consideran obsoletos.
- c. Para el de la calidad, el objetivo es la eliminación de pasos y errores innecesarios sin menoscabar la estructura básica del proceso; mientras que la Reingeniería se ocupa menos de entender los procesos de trabajo actuales y más “inventar el futuro” basado en procesos fundamentalmente nuevos.
- d. El papel que asignado a la medición y control, el autor lo considera el aspecto más radical que los distingue:
 - i. Los de calidad, consideran que los procesos de trabajo deben documentarse con bastante amplitud y con puntos de control bien definidos. Para poder mejorar, tiene antes que medirse con precisión y asegurar su estabilidad. Luego de una mejora, es preciso un seguimiento continuo para mantener el terreno ganado y asegurar que el rendimiento del proceso sea el esperado.
 - ii. Los expertos en reingeniería, no enfatizan la medición y control; asumen la utilización de la tecnología de información, que aboga por el rediseño antes que por el control.

Uno de los aportes de esta clasificación, es la toma de conciencia por parte de los directivos sobre las ventajas de la Integración interfuncional horizontal, ya que ofrece un marco especialmente útil para enfrentarse a un problema común en las organizaciones: la fragmentación o la falta de integración interfuncional horizontal.

Sin embargo, aduce la existencia de aspectos que dificultan la integración, tales como:

- i. La complejidad
- ii. La existencia de sub unidades y cometidos altamente diferenciados
- iii. La pobreza de relaciones informales

- iv. El tamaño y
- v. La distancia física

“Para potenciar la integración, a menudo basta con reconocer que los procesos de trabajo constituyen unidades viables de análisis que son objetivos deseables de la actuación de un directivo”(p:24).

Razones que han surgido en el fracaso de programas sobre procesos:

- a. Se han centrado exclusivamente en rediseño de procesos, generalmente han descuidado la operación y la gestión de los procesos reconfigurados, “.ni el mejor de los procesos rendirá de modo efectivo si carece de vigilancia, coordinación y control apropiados o si no se producen intervenciones ocasionales” (p:25)
- b. Se ha dado preferencia en general a la mejora de procesos operativos, mientras que los procesos administrativos que los sustentan quedaban desatendidos
- c. “Las incompatibilidades e inconsistencias han surgido cuando no aparecían ni la información ni los planes necesarios para una operación efectiva.
- d. Unas pocas empresas han vuelto la vista hacia los procesos de trabajo buscando redefinir su estrategia y su organización.

Las más progresistas han combinado una orientación de procesos horizontales con las estructuras verticales convencionales” (p: 27)

- 2. Procesos de conducta. Sus raíces se encuentran en la Teoría de la Organización y en la Dinámica de grupo, se centra en los patrones arraigados de comportamiento.

Estos patrones son un reflejo de cómo actúan e interactúan regularmente en una organización; entre de ellos los más difundidos han sido los procesos para la toma de decisiones y los procesos de comunicación. “Como ha observado Weick, los procesos de conducta son capaces de ‘resistir tanto los vaivenes de personal como ciertas variaciones en las conducta de las personas’ ”(p:26)

Características comunes a los procesos de conducta

- Son generalizaciones que cristalizan a partir de la observación del trabajo cotidiano y que “no tiene existencia independiente de los procesos de

trabajo en los que aparece. Esto dificulta su identificación, pero explica su importancia” (p:27)

- Afectan profundamente al aspecto, sustancia y carácter de los procesos de trabajo “al moldear la forma en que se llevan a cabo”
- Los diferencia sin embargo, “de lo que es la cultura de la organización, porque reflejan algo más que valores y creencias”.
- Son “el conjunto de pasos sucesivos utilizados para completar los aspectos cognitivos e interpersonales del trabajo”(p:27)

Tipos:

- i. Procesos de toma de decisión: De todos los procesos de conducta, el de toma de decisión ha sido el más estudiado. Tienen sus antecedentes, como se planteó en el desarrollo de la escuela de recursos humanos, en Chester Barnard y Hebert Simon, para los cuales la toma de decisiones en una organización es una actividad repartida que se extiende en el tiempo y en el que participa un cierto número de personas.

Para Garvin, al ser considerado un proceso y no un hecho aislado, “una de las tareas esenciales de la labor directiva consiste en modelar todo aquello que rodea a la toma de decisiones con el objetivo de producir los fines deseados.....[algunos] directivos [no ven] la toma de decisiones como una actividad compartida y dispersa que les corresponde orquestar y dirigir”(p:27). Este planteamiento, se acerca a lo expresado por Luhmann, quien presenta a la organización con las decisiones como elemento central, no ubicado por una persona o grupo.

- ii. Procesos de comunicación. La psicología social y la sociología son las disciplinas que llevan tiempo estudiando los procesos de comunicación. Actualmente abarca una amplia gama de procesos e interacciones, incluyendo: Relaciones cara a cara, Intragrupales, Intergrupales

La eficacia que se derive de estas relaciones dependerá invariablemente de Calidad y Riqueza de la comunicación interpersonal y Las actividades de procesamiento de la información:

“El modo en que los individuos comparten datos, acuerdan agendas y objetivos y liman asperezas a medida que desarrollan su trabajo”(p:28)

Con frecuencia estos procesos derivan en patrones y se vuelven predecibles pero debido a que se encuentran disueltos en el flujo de trabajo cotidiano, no siempre se tiene conciencia de ellos.

El autor plantea que al igual que el de Toma de Decisión, estos procesos son el reflejo de suposiciones y costumbres inconscientes que a menudo sólo se pueden identificar tras la observación repetida de individuos y grupos.

- iii. Procesos de aprendizaje dentro de la organización. En este tipo de procesos de conducta, Garvin agrupa una amplia gama de estudiosos, teóricos de la organización, psicólogos sociales, expertos en manufactura y pensadores de sistemas, que se han dedicado a analizar los procesos de aprendizaje dentro de la organización. “Existe amplio acuerdo sobre que el aprendizaje dentro de una organización es esencial para la salud y supervivencia de ésta, requiere la creación y adquisición de nuevos conocimientos y depende en último término del desarrollo de perspectivas compartidas (llamada a menudo ‘modelos mentales’) “(p:34)

En estos Procesos concurren: la Adquisición de conocimientos, Interpretación, Diseminación y Retención.

“podemos aventurar que las empresas dependen en cada área de un número relativamente escaso de métodos, que son los que encajan con su cultura y se ha adaptado a sus necesidades. Con el tiempo, estos métodos acaban institucionalizándose como el modo o estilo de aprendizaje dominante de la organización...Según Nevis et al: “Las suposiciones básicas relativas a la cultura conducen a un aprendizaje de valores e inversiones cuyo estilo es distinto al de una cultura que cuente con otra pauta de valores e inversiones”” (p: 35)

La base fundamental, los conocimientos se pueden adquirir de muchas maneras. Cada una requiere herramientas, sistemas y comportamientos distintos que se asocian en un estilo particular de aprendizaje. Por eso los procesos subyacentes difieren entre ellos.

Un error típico es creer que con los cambios en lo operativo o administrativo, vienen por añadidura los de conducta, pero “..debido

a que son reflejo de fuerzas de mayor calado, estas conductas suelen permanecer en su sitio si los procesos subyacentes no reciben tratamiento explícito. El directivo debe reconocer que el éxito de los programas de mejora requiere prestar atención explícita a las pautas que caracterizan la Toma de decisiones, la comunicación y el aprendizaje dentro de la organización”(p:36-37)

3. Procesos de cambio. El estudio de estos procesos tiene sus raíces en la gestión estratégica, la teoría organizacional, la psicología social y la historia económica, “percibe sucesiones de hechos en el tiempo”. Estas sucesiones se llaman procesos, describen la forma en que los individuos, los grupos y las organizaciones se adaptan, se desarrollan y crecen” (p: 37). Son dinámicos e intemporales a diferencia de lo estático de los de toma de decisión y de comunicación

- Procesos autónomos
- Procesos inducidos

- II. Procesos directivos: agrupa a las formas en que el directivo organiza actividades y acontecimientos y cómo delega tareas en otros buscando materializar los fines deseados”(p:45). Dentro de ellos establece:

1. Procesos de establecimiento de rumbo. Con la finalidad de establecer “la ruta que va a seguir una organización para después movilizar el apoyo necesario y conseguir adhesiones con el fin de lograr los objetivos establecidos”(p:47)
2. Procesos de negociación y venta: para la “construcción de una red de contactos que permita posteriormente acudir a los individuos adecuados y negociar los ‘términos adecuados para interacciones presentes y futuras”(p:50)
3. Procesos de seguimiento y control: “detectan perturbaciones, inician acciones correctivas y devuelven a la organización su equilibrio anterior”(p:51)
4. Elección de comunicación del directivo. Agrupa seis grandes elecciones que un directivo debe hacer: participantes, ritmo y orden de acontecimientos, Duración, Elaboración y presentación, Formatos y Estilo

Las definiciones tienen su base conceptual en los autores del siguiente cuadro:

Cuadro 3: Tres formas de ver los procesos de una organización. D Garvin		
	CONCEPTO	Autores referenciados por Garvin
PROCESOS DE TRABAJO	Un proceso es por lo tanto, la ordenación específica en el tiempo y en el espacio de las actividades de trabajo, con un principio, un fin y unos elementos de input y output claramente definidos: una estructura de acción	T H Davenport, Process innovation, Boston. Harvard Business School Press, 1993 pag 3
	Proceso. Cualquier actividad o grupos de actividades que introduce un elemento, le agrega valor y lo convierte en output para un cliente interno o externo	H J Harrington, Business Process Improvement. New York . Mc Graw Hill, 1991, pag 9
	Para nosotros, los procesos son la dirección de los flujos de trabajo e información que unen los diferentes cometidos dentro de cada departamento de una organización compleja, y también entre uno y otros	J R Galbraith y R K Kazanjian, Strategy Implementation:Structure,System and Process, St Paul, Minnesota, Wost, 1986, pag 8
PROCESOS DE CONDUCTA	Lo esencial para comprender qué convierte a una organización en más o menos efectiva es su forma de hacer las cosas... Se deben comprender varios procesos: cómo se establecen los objetivos, cómo se determinan los métodos a emplear, las formas de comunicación utilizadas entre los miembros, sus procesos de resolución de problemas y toma de decisiones, su forma de dirigir reuniones y grupos, la forma en que los superiores y los subordinados se relacionan unos con otros y , en último término, cómo desarrolla un líder su liderazgo	E H Schein, Process Donsultation: Its Role in Organization Development, Reading, Massachussets, Addison- Wesley 1998 segunda edición pág. 15
	La toma de decisiones es un proceso de la organización. Su forma depende tanto de la pauta de interacción de los directivos como de los procesos cognitivos y de reflexión del individuo	L R Sayles. Managerial Behavoir, New York. Mc Graw Hill, 1964. pág. 207
PROCESOS DE CAMBIO	Proceso es una forma de dar vida a los datos mediante la toma de fotografías de acción / interacción, vinculándolas posteriormente entre sí para formar una secuencia o serie....Un proceso es la forma que tiene un analista de dar cuenta de un cambio o de explicarlo	A Strauss and J Corbin, Basics of Qualitative Research, Newbury Park, California: Sage, 1990, págs. 144-148
	Una buena teoría de procesos describe, al menos en grandes rasgos, los posibles parámetros cronológicos asociados con el cambio dentro de los fenómenos de interés y en su relación de unos con otros . . . En el centro de todo análisis dinámico se encuentra la evaluación del cambio en el tiempo	P R Moge, Theoretical an Analytical Issues in Studing Organizacional Processes, Organización Science, volumen 1, número 4, 1990, pégs. 408-426
	El estudio del cambio en las organizaciones tiende a centrare en dos tipos de preguntas. ¿Cuáles son los antecedentes o consecuencias del cambio de una forma o práctica administrativas en una organización? ¿De qué forma surge, se desarrolla, crece o concluye un cambio dentro de una organización? La segunda pregunta exige que una" teoría de procesos" explique el orden cronológico y la secuencia en que un conjunto de sucesos aislados han ocurrido mediante una historia o una narración	A H Van de Ven y G P Huber, Longitudinal Field Research Methods for Studying Processes of Organizationl Change, Organization Science, volumen 1, número 3, 1990, pág. 213

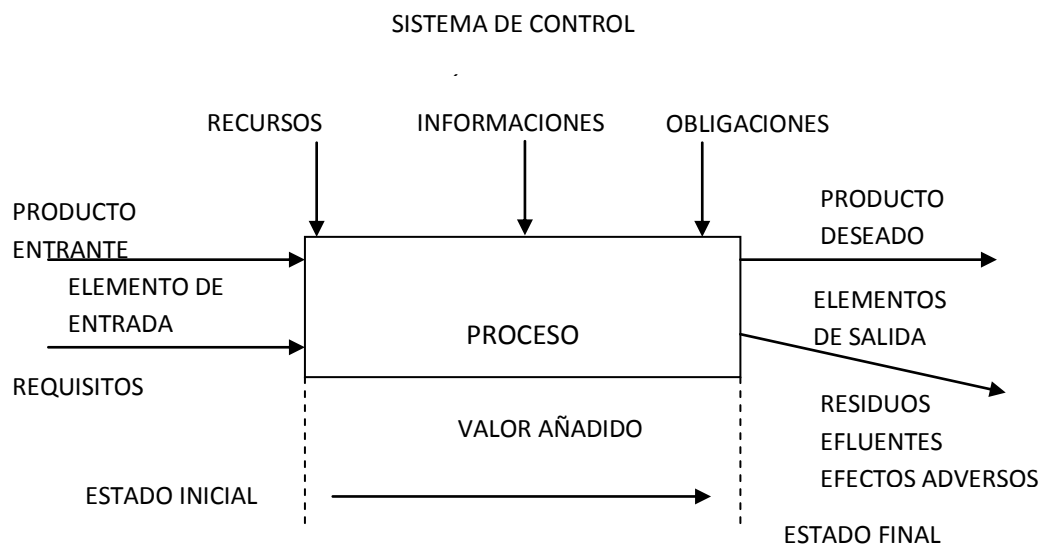
El concepto de proceso

Como se pudo observar, existen diferentes disciplinas que han acotado tipos de procesos. De igual forma, el concepto de proceso, se ha venido construyendo a lo largo de los tiempos y dependiendo de la disciplina que lo defina. En gestión de la calidad, se ha asumido el concepto establecido en la ISO 9000(2005), “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (p:9 y Froman (2003), lo amplía al colocar elementos presentes en todos los procesos,

“Se trata de una sucesión de tareas realizadas mediante recursos (personal, instalaciones, equipos, informaciones), pero que se acompañan de obligaciones (requisitos internos o externos, seguridad, medio ambiente), y cuyo resultado es el producto deseado (esperado por el cliente del proceso), pero también el producto no deseado, como un residuo, unos vertidos [efectos colaterales adversos], etc.” (p: 31)

Como se muestra en la siguiente figura:

Figura 5a Concepto de Proceso

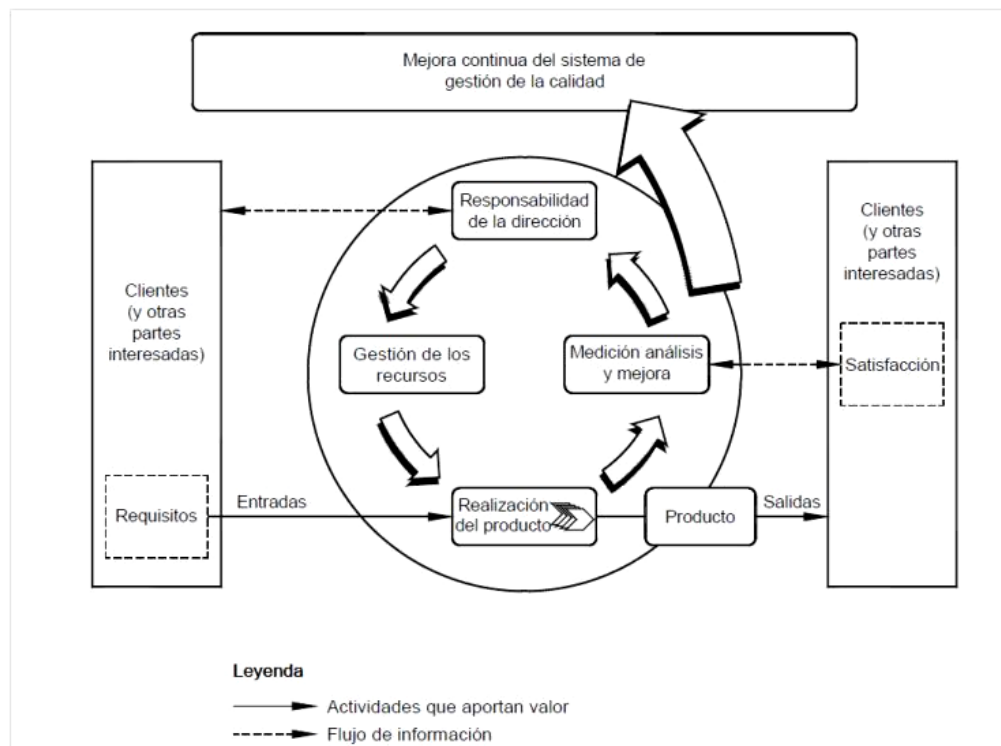


Fuente: Froman Bernard. Del manual de la calidad al manual de gestión. La herramienta estratégica. AENOR, 2003

Como señala este autor, esta noción de procesos se ha venido utilizando desde hace tiempo y lo novedoso ha sido la promoción del enfoque de proceso, como uno de los principios que guía al campo de la calidad. Esta afirmación se puede

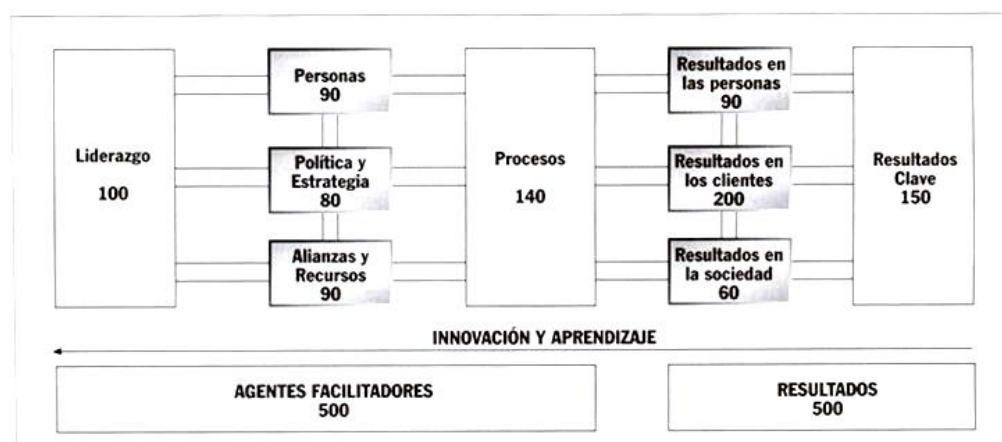
observar en los dos modelos de más amplio uso en el campo de la calidad: el mismo modelo utilizado por la serie ISO 9000 para la gestión de los Sistemas de Calidad y el modelo Europeo para la Gestión de la calidad Total, o EFQM que “...se sintetiza de la siguiente manera: La satisfacción de los clientes y empleados, se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia de la organización a través de una adecuada utilización de los recursos con una perfecta gestión de los procesos más importantes de la organización con objeto de conseguir unos resultados excelentes” (Emilio y otros,2001;p: 1). Ambos modelos se muestran a continuación:

Figura 5 b Modelo de la ISO 9000



Fuente: ISO, 2005

Figura 5c Modelo EFQM



Fuente: Maderuelo, 2002

Las diversas denominaciones de las personas que reciben productos o servicios

Si bien en el campo de la calidad y su bibliografía se utiliza el término cliente para “organización ... o persona que recibe un producto.... [Por ejemplo] Consumidor, usuario final, minorista, beneficiado y comprador... [Y además] puede ser interno o externo a la organización.” (ISO, 2005;p:13), cuando se habla de la administración pública y sus servicios, se introduce toda una serie de contextos donde

“No se puede utilizar el término cliente para identificar, sin más, a todas las personas que, en cualquier situación, se relacionan con los servicios públicos. Aunque por conveniencia aceptemos utilizar el término cliente a modo de resumen, ello no debe ocultar que existen muchas tipologías y modos de relación entre los ciudadanos y las Administraciones Públicas y que, en contadas ocasiones se dan las características más definitorias de una relación cliente proveedor: la libertad de elección. En la siguiente tabla se resumen” (López Camps, 1998;p:17-18)

La discusión está vigente y escapa a los alcances de esta investigación, pero resulta útil observar diferentes tipos de relaciones entre las personas y las organizaciones que López Camps, (1998) presenta para la realidad española en su momento, en el cuadro siguiente

Cuadro 3a Acepciones de las personas que reciben un producto o servicio público

Posición del ciudadano	Relación entre el ciudadano y la administración
Beneficiario de prestaciones públicas	El ciudadano recibe un beneficio monetario al cual tiene derecho. En general, es el beneficiario en gran medida de este beneficio. El prestador tiene el monopolio de este servicio. Ejemplo: la prestación por desempleo.
Consumidor	El ciudadano tiene cierta capacidad de elección entre varias ofertas de servicios, públicos y privados, pero, en gran medida, tiene dependencia de ellos. La prestación del servicio es personalizada. Ejemplo: servicios de ayuda domiciliaria.
Produmidor (productor y consumidor)	Los ciudadanos, aunque sean receptores de los servicios participan activamente en su prestación. Generalmente esta participación es voluntaria. Ejemplo: padres que participan y reciben los servicios prestados por las APA escolares.
Usuario	Cuando los ciudadanos utilizan el servicio público, sobre el cual no tienen alternativa pero no dependen de él y el servicio no es personalizado. Ejemplo: los parques públicos.
Comprador	Los ciudadanos pagan un precio por el servicio público. El prestador tiene el monopolio de este servicio y el ciudadano depende bastante de él. Ejemplo: servicio de correos y transporte ferroviario.
Contribuyente	Los ciudadanos tienen por ley unas obligaciones con el prestador del servicio, aunque esperan recibir una compensación por el cumplimiento de sus obligaciones. Ejemplo: la relación que se establece con la Agencia Tributaria o la recaudación municipal.
Regulado	Los ciudadanos están sujetos a inspecciones, regulaciones, cumplimiento de normativas, etc., que tienen un impacto significativo en su comportamiento social. El ciudadano está legalmente obligado a cumplir estas normas, pero espera del prestador una actuación rápida y atenta. Ejemplo: normas de seguridad, regulaciones medioambientales, etc.

Fuente: López Camps, 1998

La gestión de la calidad, ha venido ampliando su visión de en quien centrarse, llegando hoy a establecer la importancia de personas o grupos más allá del cliente, denominándose partes interesadas o stakeholder en inglés. Las partes interesadas “son individuos y otras entidades que aportan valor a la organización, o que de otro modo están interesados en las actividades de la organización o afectados por ellas. La satisfacción de las necesidades y expectativas de las partes interesadas contribuye al logro del éxito sostenido por la organización.

Además, las necesidades y expectativas de las partes interesadas individuales son diferentes, pueden estar en conflicto con las de otras partes interesadas, o pueden cambiar rápidamente. Los medios por los que se expresan y se satisfacen las necesidades y expectativas de las partes interesadas pueden adoptar una amplia variedad de formas, incluyendo la colaboración, la cooperación, la negociación, la contratación externa, o el cese total de una actividad.” (ISO, 2009; p3)

Cuadro 3b. Las partes interesadas

Parte interesada	Necesidades
1. Clientes	1. Calidad, 2. precio y 3. desempeño en la entrega de los productos
2. Propietarios/accionistas	4. Rentabilidad sostenida 5. Transparencia
3. Personas en la organización	6. Buen ambiente de trabajo 7. Estabilidad laboral 8. Reconocimiento y recompensa
4. Proveedores y aliados	9. Beneficios mutuos y continuidad
5. Sociedad	10. Protección ambiental 11. Comportamiento ético 12. Cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios

Fuente: ISO 9004: 2009

Por su parte, el contexto en que se desenvuelve la organización hace que estas necesidades y expectativas, pueden cambiar. Priego y otros (2012) ejemplifican dos momentos distintos por las cuales puede transitar una organización:

Cuadro 3c. Necesidades de las partes interesadas en contextos diferentes

Grupo de interés	Intereses en situaciones económicas normales	Intereses en situaciones de fracaso empresarial
Clientes	Precios bajos. Excelente calidad. Seguridad en los productos. Servicio al cliente	Prestación de servicios post venta, bajos precios, obtención de condiciones de pago favorables
Empleados	Seguridad en el empleo. Remuneraciones justas. Formación y desarrollo profesional. Riesgo profesional y seguridad en el trabajo.	Mantenimiento de su puesto de trabajo, cobro de los salarios, mantenimiento de salarios justos y condiciones de trabajo adecuadas.
Propietarios	Dividendos o retribuciones al capital	Continuidad de la actividad y recuperación de su inversión
Proveedores	Precios elevados. Condiciones de cobro favorables. Relaciones estables y duraderas.	Cobro de las cantidades adeudadas y cumplimiento de los plazo de cobro
Acreeedores financieros actuales y potenciales	Liquidez y solvencia de la empresa. Rentabilidad. Seguridad en el cobro. Generación de tesorería.	Cobro del principal e intereses de la deuda, bajo riesgo financieros en futuros préstamos.

Fuente: Priego, Banegas y Manzaneque (2012) a partir de Clarkson (1995) y Clarke (1998)

En resumen, todos los productos de cualquier organización, no importa su naturaleza, tamaño o fines, genera sus productos y servicios, finales o intermedios, por medio de procesos, que, de acuerdo al Enfoque de procesos de la Gestión de la Calidad, deben estar enfocados en las necesidades de los diferentes grupos de interés; necesidades que son cambiantes, de acuerdo al contexto y el tiempo de la organización.

Las organizaciones de salud y la Gestión de la Calidad del Servicio

Como han comentado los autores de referencia, es necesario contextualizar el fenómeno a trabajar. En nuestro caso, una de las aristas trabajadas, fundamentalmente por su relación con el referente empírico utilizado, es el campo de la Salud. Entonces, cualquier organización de salud a estudiar, si bien puede circunscribirse al nivel micro, pertenece a una unidad sistema /entorno de la teoría luhmaniana, en este caso Organización de Servicios de salud (sistema)/Sistema de Salud y otros grupos de interés (entorno). Por eso, en la presente sección, se trabajará el Sistema de Salud y las relaciones con el tema de la calidad y su gestión.

El ser humano siempre ha ideado diversas formas y criterios para realizar trabajos y generar productos y servicios para satisfacer sus necesidades, dentro de éstas se destaca como fundamental, las asociadas a la salud individual y colectiva.

Los Sistemas de salud.

Al terminar la Segunda Guerra mundial, se establece un período de creación y ampliación de los sistemas modernos e integrales de salud, apoyados entre otros factores por: el reconocimiento del poder del estado moderno, los movimientos de reconciliación y reconstrucción, los sentimientos de solidaridad y la ciudadanía adquirida. (OMS, 2000; 2002).

Según Callahan (2000), los países de Europa Occidental empezaron a desarrollar sistemas de cuidado de la salud que fueran universales en cobertura e igualitarios en sus fines teniendo a su favor condiciones favorables para conseguir estas características:

- “....la pobreza comparativa. Eso significaba que los sistemas de cuidado de salud europeos no podían proporcionar a cada uno lo que se necesitaba o deseaba, y por tanto se hacía necesario racionar. El público sabía y entendía esa limitación.
- Otra condición favorable era el paternalismo de la medicina en aquellos días. Los médicos ponían las reglas, tomaban las decisiones y no había

ningún papel para la elección de los pacientes o sus demandas, quienes renunciaron a muchos de sus derechos civiles una vez que entraron al sistema de cuidado de la salud. Estos sistemas también eran más fáciles de administrar debido a la falta de información pública acerca de su administración, y una participación escasa o nula en su planificación.

-la medicina disponible era de calidad comparativamente baja. Los antibióticos empezaban a usarse ampliamente pero los trasplantes de órganos, la diálisis, las unidades de cuidados intensivos y la cirugía avanzada para los ancianos, aún eran parte del futuro. La gente no esperaba milagros de la medicina.
- Una cuarta condición favorable la aceptación mucho mayor del papel del gobierno en la conducción de los sistemas de cuidado de la salud. No había, como ahora, ninguna fantasía sobre los beneficios que el mercado pudiera proporcionar y poca tentación de privatizar los sistemas en tiempos de tensión económica”. (Callahan, 2000, p:91)

En ese momento se presenta la multidimensionalidad de la salud. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.” (OMS, 1998)

Dentro de este contexto, la salud se considera como un medio para llegar a un fin y no como un estado abstracto; como un recurso y no como un objetivo de la vida, que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

En terreno de intervención estatal, luego de la post guerra existió consenso sobre la necesidad de afinar las decisiones y las formas de intervención públicas para garantizar la "procura existencial". Se construye el consenso alrededor de la posibilidad aislar para su análisis a la política pública, uno de los sistemas de conducta de la vida política, asumiéndose como sistema. Comienza entonces, el estudio sistemático de las políticas públicas con enfoques mayoritariamente racionales: la acción del Estado podría adoptar el nuevo instrumental tecnológico de gestión y aplicarlo a su intervención social. Adicionalmente, su evolución ha

incorporado el análisis de la complejidad de las relaciones de poder que se dan en un sistema político específico (Mascareño, 2003).

A nivel macro, los 40 y 50 se caracterizaron por la creación de la primera generación de sistemas nacionales de atención sanitarias y por la extensión de los sistemas de seguro social a los países de ingreso mediano. (OMS, 2000; Assaff, 2004). Además, Leavell y Clark en 1957, citados por Briceño-León (2003), plantea el comienzo del establecimiento de criterios esenciales para la aplicación de elementos de prevención primaria, secundaria y terciaria, incorporando el concepto de participación de otros sectores ajenos históricamente al quehacer de salud. Para este autor, a partir de los años 50 es posible establecer lo que ha sido la construcción del campo teórico de lo social y la salud, con tres tendencias:

- la explicación de lo médico por lo social
- la explicación de la enfermedad por lo social
- la aplicación del conocimiento social a la salud

Este período se caracteriza por una orientación importante hacia la organización y estructuración de sistemas de atención de salud, los que tienden a organizarse con un carácter integral. En ellos posibilitaría la materialización de una concepción multidisciplinaria en el control de las enfermedades. Emerge el concepto de enfermedades crónicas, en las cuales las disciplinas constituyentes de la salud pública requieren de un enfoque diferente. Además, se desarrolla la teoría del etiquetado, cambiando la perspectiva sobre la cual se enfocaban los estudios al modificar el centro de atención del enfermo por el de Sistema de salud que lo consideraba como tal. De manera adicional, con la implantación de programas sociales federales de salud en Norteamérica, Medicare y Medicaid, el reembolso de costos exigió una evaluación del cuidado médico tanto en hospitales como para acreditar unidades. Para esa evaluación se utilizó el conocimiento acumulado en los comités de peritos y expertos.

En cuanto al papel del Estado en el sector salud antes de los 80 cuando se inicia el proceso de reforma del estado, eran pocos los estudios sobre el sistema de

salud en una perspectiva institucional. En los 70 y 80 se realizan diferentes estudios sobre las políticas públicas y los sistemas de generación de servicios sociales como forma de irse apropiando de un instrumental teórico que permitiera responder a las crecientes demandas de los usuarios y ciudadanos y la capacidad de los sistemas establecidos. Por ejemplo fue en los 70, cuando en Francia se introdujo la cultura de evaluación de las políticas públicas. En salud, a finales de los sesenta se presenta lo que la OMS denomina la Segunda reforma a los sistemas de salud debido a la presión por incremento en los costos por incremento el volumen e intensidad de la atención en todos los países, desarrollados o no. Se expanden los estudios antropológicos, teniendo como objeto de estudio los individuos y los agrupamientos sociales para evaluar los servicios, teniendo como ejes principales: la accesibilidad y la satisfacción. (De los reyes, 1990, Mascareño, 2003) .

El estudio de Cochrane, citado por Asaff(2004), genera un profundo impacto de los análisis de costos en los servicios de salud y hacia 1970 se giró el foco hacia los procesos y sus estándares, y se desarrollaron y exigieron estándares para los procesos hasta entrados los 80. El deseo de hacer a los sistemas más eficaces en costos, más equitativos y más accesibles, vio en la promoción de la atención primaria una ruta para alcanzar la cobertura asequible de toda la población y siguiendo la experiencia en varios países que a bajo costo habían aumentado de 15 a 20 años la esperanza de vida. Entonces, existía un compromiso de velar porque todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, alimentos y educación, además de un suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico, surgiendo el compromiso de Ama Ata en 1978 sobre atención primaria (OMS, 2000)

La calidad en la Política de salud. El desafío al paternalismo en medicina

En el sector público, ha aumentado la complejidad de los diferentes contextos. Desde los noventa, se acepta la realidad de la interacción entre Estado y sociedad para el desempeño de las políticas públicas, evolucionando hacia las consideraciones sobre el tipo, intensidad y forma de la indeterminación. Por

ejemplo, para 1964 el 75% de los ciudadanos estadounidense confiaban en la toma de decisiones del gobierno federal, para 1996 solo el 22% (Mascareño, 2003).

Para Callahan (2000), en la escena contemporánea en la salud internacional, existe la preocupación de que muchos de los más importantes desarrollos en tecnología biomédica y valores sociales terminan amenazando seriamente la búsqueda de la igualdad en el cuidado de la salud. Estas amenazas, incluyen el desarrollo continuo de nuevas tecnologías y fármacos innovadores, generalmente costosos; la creciente presión por medicina de alta calidad para todos; y el derecho de los pacientes a un mayor control sobre la forma en que son tratados en los sistemas de cuidado de la salud: la tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes ilustra este problema. Para este autor, la tradición paternalista de la medicina ha sido desafiada por el movimiento por los derechos de los pacientes en las últimas décadas. Reconoce que los médicos tienen las habilidades apropiadas para diagnosticar y tratar médicamente a los pacientes, pero no tienen ninguna capacidad especial para juzgar lo que va en beneficio último de los pacientes o la mejor forma de resolver los problemas morales que se encuentran en la práctica clínica (Callahan, 2000).

Este movimiento ha buscado otorgarles un papel dominante en la toma de aquellas decisiones que afectan mayormente su vida: si quieren o no ser tratados, cómo quieren ser tratados y cuándo desean que el tratamiento no continúe. La meta es dar poder a los pacientes, ponerlos a cargo de su propio destino.

Dentro de ese contexto, la Política de salud para todos para el siglo XXI plantea

“Renovamos nuestra determinación de fortalecer, adaptar y reformar, según proceda, nuestros sistemas de salud, incluidas las funciones y los servicios esenciales de salud pública, a fin de asegurar el acceso de todos a unos servicios de salud que se basen en los conocimientos científicos, que sean de buena calidad y estén dentro de unos límites asequibles, y que sean sostenibles en el futuro (OMS, 1998)

La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Como se observa, la complejidad y las presiones sobre las formas de generar los bienes y servicios, así como las expectativas sobre la calidad de los mismos, lejos de ir disminuyendo o simplificado, han aumentado, incluso el nivel de consenso no es sólo individual, sino global, mundial.

La calidad y el desempeño en los Sistemas de salud

Del concepto de salud se desprende que la determinación de las condiciones de salud es un fenómeno de naturaleza multivariada en el cual interactúan muchos subsistemas sociales y en el cual la participación del sistema de salud es sólo un factor (González 1999).

Adicionalmente, un enfoque que parece gozar de consenso, asume que las instituciones que se encargan de los asuntos de la salud y sus acciones, se comportan como un sistema y es denominado como el sistema de salud de un país o una región. Las diferencias parecen presentarse al momento de denominar sus componentes internos y focalizar la importancia de algún tipo de relación.

Parte de estas diferencias pueden tener sus raíces en el enfoque que se asuma para delimitar al sistema. Frenk (1997) plantea dos de ellos:

- Enfoque de inventario donde el sistema de salud se defina como una lista de las diversas organizaciones o personas que participan en la producción de servicios, no siendo necesario que tales componentes se encuentren coordinados o integrados.
- Enfoque de relación En este caso, la definición de sistema incluye no sólo sus unidades componentes, sino también las interrelaciones entre ellas. Un sistema no es cualquier conjunto de elementos sino un conjunto cuya

esencia es que el todo resulta mayor que la suma de las partes pudiendo verse como "un haz de relaciones"

En los últimos años, se han dedicado grandes esfuerzos a la conceptualización del sistema de salud, con la finalidad de llegar a un consenso mínimo sobre el tema, con el objetivo, entre otros, de utilizar un marco común que permitiera la medición y comparación del desempeño del sistema de salud en los diferentes países que integran la OMS, culminando con una primera gran concreción cuando se realizó el Informe de la Salud en el mundo del año 2000, dedicada a la evaluación del desempeño del Sistema de salud de los países.

Para la realización de ese esfuerzo, criticado por diversos autores y en varios países con la acusación de ser una visión "neoliberal", la OMS estableció un documento referencial denominado "Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud" escrito por Christopher J.L. Murray y Julio Frenk(2000). Allí, para delimitar el sistema de salud parten del concepto de acción sanitaria, que definen como "cualquier conjunto de actividades cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud". A partir de allí, establecen que un sistema de salud incluye los recursos, actores e instituciones relacionadas con la financiación, la reglamentación y la ejecución de acciones sanitarias.

Las metas que debería alcanzar el sistema de salud y por las cuales se debe evaluar su desempeño según la OMS (OMS 2000; 2002) serían:

1. La salud, sería el reflejo de la salud de las personas a lo largo de la vida.
2. Capacidad de respuesta a las expectativas legítimas de la población, con el respeto a las personas y la orientación del usuario.
3. Equidad de la contribución financiera, evitando el empobrecimiento de los hogares y que la contribución debería depender de los ingresos y no estar en función del uso de los servicios o del riesgo de enfermedad.

Para conseguir estas metas, todo sistema de salud cumpliría cuatro funciones básicas:

- La financiación, proceso mediante el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias y secundarias, se acumulan en fondos mancomunados y se

asignan a las actividades de prestación de servicios. Para facilitar el análisis, sería útil dividir la financiación del sistema de salud en tres subfunciones: recaudación de ingresos, mancomunación de fondos y compras.

- la prestación de servicios, combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un marco orgánico determinado y que lleva a proporcionar una serie de intervenciones. Pueden ser servicios de salud personal y no personal
- la rectoría, concepto que utilizan por considerarlo más amplio que el de reglamentación. Ésta abarca tres aspectos esenciales: formular, aplicar y vigilar normas para el sistema de salud; establecer unas reglas de juego uniformes para todos los actores del sistema (en particular, los compradores, los proveedores y los pacientes);y dar orientaciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto. Se subdividiría en seis subfunciones: diseño del sistema global, evaluación del desempeño, fijación de las prioridades, promoción intersectorial, reglamentación y protección del consumidor
- la generación de recursos (humanos, físicos e intelectuales), que incluyen un grupo diverso de organizaciones que producen insumos para esos servicios, particularmente recursos humanos, recursos físicos como instalaciones y equipo, y conocimientos por ejemplo, universidades y otras instituciones educativas, centros de investigación y empresas que producen tecnologías específicas, como productos farmacéuticos, dispositivos y equipo

Establece categorías a partir de las metas, aquellas asociadas a la salud, como principal aspecto a alcanzar, por la naturaleza del sistema; y otros aspectos que sin tener impacto directo sobre la salud, se han venido reconociendo como factores asociados a la satisfacción de los usuarios y también a sus derechos individuales. Se presentan esquematizados en el cuadro anexo.

Cuadro 4: Funciones Básicas de un Sistema de Salud

Metas	Elementos a considerar en la medición del desempeño de los Sistemas de salud		
	La salud	La mortalidad prematura Los episodios de salud no mortales Interesa tanto nivel medio de salud de la población como Las desigualdades en la distribución de la salud de la población	
	Capacidad de respuesta a las expectativas legítimas de la población	El respeto a las personas	Respeto a la dignidad
			La cortesía
			La sensibilidad en los momentos de la interrogación clínica o el examen físico, que pueden resultar embarazosos
			Respeto a la autonomía personal
			Respeto a la confidencialidad
		La orientación del usuario	Atención pronta de las necesidades en materia de salud
			Comodidades básicas
			Acceso a redes de apoyo social durante la asistencia
			Elección de la institución y la persona que dispensan la atención
	Equidad de la contribución financiera	Desafíos mancomunación de los riesgos financieros	La suma pagada debería depender de los ingresos y no estar en función del uso de los servicios o del riesgo de enfermedad

Fuente: Murray y Frenk, 2000

Además, cada sistema de salud deberá afrontar los problemas básicos de diseñar, aplicar, evaluar y reformar las organizaciones e instituciones que facilitan el desempeño de esas funciones. El desempeño del sistema de salud debería entenderse como el logro de los objetivos que se ha propuesto en relación con los recursos disponibles, descontando el efecto de otros determinantes, del logro de esos objetivos.

El marco propuesto lo relacionan directamente con el concepto de calidad, además de con el de equidad y eficacia, al considerar que el nivel de consecución de las metas respecto de la salud y la capacidad de respuesta representa la calidad general del sistema de salud y consideran que este, es un concepto más amplio que las definiciones de calidad que se centran en los servicios de salud personal haciendo referencia a los modelos establecidos por Donabedian. Para ellos, la calidad es un subconjunto de la consecución de la meta global, pero no una medida del desempeño.

Dentro de los planteamientos de la ISO 9000, se establece que el modelo presente en ese documento, es posible tomarlo para cualquier sistema de gestión, sólo que la norma se centra en de Gestión de la calidad. Si tomamos las funciones del sistema de salud y los comparamos con los procesos definidos en la norma, podemos observar las relaciones entre ellos. A continuación se presenta un cuadro con los planteamientos de ambos.

Cuadro 5: Las Funciones básicas del Sistema de Salud y los Procesos del Sistema de gestión de la Calidad

Funciones del Sistema de Salud, OMS 2000		Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, ISO 9000:2000	
Rectoría del Sistema de salud	Formulación, aplicación y vigilancia de normas del el sistema de salud para establecer reglas de juego uniformes para todos los actores del sistema y para dar orientaciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto	Responsabilidad de la dirección	Acciones estratégicas y métodos para el Desarrollo del liderazgo, compromiso y la participación activa de la alta dirección, esencial para desarrollar y mantener un sistema de gestión de la calidad eficaz y eficiente para lograr beneficios para todas las partes interesadas.
Financiación	Garantía de la recaudación y suministro de los ingresos necesarios proveniente de fuentes primarias y secundarias	Gestión de recursos	Proceso para asegurar los recursos esenciales tanto para la implementación de las estrategias como para el logro de los objetivos de la organización. Los recursos pueden ser personas, infraestructuras, ambiente de trabajo, información, proveedores y aliados de negocios, recursos naturales y recursos financieros.
Generación de recursos	Los sistemas de salud incluyen un grupo diverso de organizaciones que producen insumos para esos servicios, particularmente recursos humanos, recursos físicos como instalaciones y equipo, y conocimientos		
Prestación de servicios	Combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un marco orgánico determinado y que lleva a proporcionar una serie de intervenciones	Realización del producto o servicio	Planificación y desarrollo de los procesos necesarios para la realización del producto
		Medición análisis y mejora	Planificación e implementación de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto, asegurar la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Fuente: ISO, 2000 y Murray y Frenk, 2000

Del cuadro anterior resaltan dos aspectos:

- Las funciones que el sistema de salud necesita cumplir para alcanzar las metas, son similares a las que el sistema de gestión de la calidad debe asumir, si desea asegurar la calidad de los procesos, productos y servicios en la organización. Lógicamente, el sistema de gestión de la calidad, sería un subsistema del de salud o de cualquiera de sus organizaciones.
- No hay ausencia de funciones delimitadas para la medición, análisis y mejoras en modelo del sistema de salud de la OMS, sino que lo incluyen en las subfunciones u operaciones dentro de las funciones generales. Sin embargo, Donabedian, en escritos anteriores a los dos marcos de referencia presentados, plantea la necesidad realizar de una investigación científica más rigurosa en los modelos de garantía de calidad para:
 - a. identificar un enfoque dentro de las amplias teorías de la conducta y efectividad organizacional para obtener modelos más diferenciados.
 - b. luego, realizar pruebas empíricas
 - i. observacional, empleando los métodos de la epidemiología
 - ii. experimental, usando las posibilidades de los ensayos y trabajos de campo.

Así se establecería un objetivo concreto: el estudio comparativo de sistemas de garantías de calidad. Para el autor, requeriría de una perspectiva epidemiológica y de las correspondientes herramientas descriptivas y de análisis. (Donabedian 1993).

La calidad en el Sistema de salud de Venezuela

En el caso de Venezuela, de acuerdo al proyecto RESVEN(Díaz Polanco, 2006)), el sistema de salud puede ser visualizado en dos etapas ubicando la primera en 1936 a 1960, donde resalta la creación de instituciones públicas para la rectoría y funcionamiento del mismo, como el ministerio de sanidad y la segunda hasta el 2002, donde se incrementa la presencia de entes privados en la prestación de los servicios y el debilitamiento del ministerio de sanidad como ente rector y con la descentralización del sector. A lo cual agregaríamos el comienzo de una tercera etapa, de recentralización de las competencias de la salud, si la política del sector se mantiene.

En ambos periodos, existen tensiones entre los órganos rectores de la política de salud en el país y la fragmentación del sistema.

El sistema de salud en Venezuela, asume sus rasgos a partir de tres artículos, de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 (RBV, 1999):

- El artículo 83, donde se delimita el concepto de salud

"La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley,.....

- En el artículo 84, se pueden visualizar algunas características del sistema público de salud

"Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad,

integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad....."

- El artículo 85 reza:

"El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria....."

De la lectura de los mismos se pueden extraer los siguientes elementos:

1. La salud es un derecho social, responsabilidad del Estado y por tanto debe garantizarla.
2. El rector de la política de salud es el Estado, es el responsable de la gestión y además el regulador de las instituciones públicas y privadas, por tanto es y sigue siendo el protagonista.
3. Como rector, deberá garantizar los recursos suficientes y oportunos para el alcance de los objetivos.

Las características y principios del modelo a implantar:

- Único y universal y equitativo, eliminando la dualidad y la fragmentación y que sea para todos los venezolanos
- Intersectorial, tomando en cuenta la multidimensionalidad de los factores que afectan a la salud
- Descentralizado
- Donde la sociedad participe como controlados en todos sus niveles
- Integrado al sistema de seguridad social
- El ciudadano no debe pagar al momento de acudir al centro de salud, el pago debe hacerse por vía de los tributos, cotizaciones, impuestos.
- Con prioridad en la prevención de enfermedades
- Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado

- Garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

El contexto legal en salud en Venezuela existe, dentro de la misma Constitución se establece que todos los servicios deberán ser de Calidad. Además, en un contexto más amplio, en términos de temporalidad, “Ya a fines de 1988, la OPS realizó el Taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe, con la participación de representantes de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica, México, Perú, y Venezuela, en el que se evidenció la necesidad de revalorizar el concepto de calidad por ser atributo fundamental de la atención médica” (Paganini y de Moraes, 1992,p:3)

Sin embargo, uno de los aspectos que sobresalen en las relaciones entre los ambulatorios y el sistema rector, en cuanto al tema de la investigación: calidad de los servicios, ha sido que no existe una directriz ni programa que haga explícito la preocupación y el mandato de generar servicios de salud de calidad en la constitución venezolana, al contrario de países del área latinoamericana, donde los aspectos asociados a la calidad, están incluso normados en leyes del país:

En Argentina, dentro del Ministerio de Salud, existe la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, quien dirige el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

A pesar de que el control sobre el desempeño profesional de los recursos humanos dedicados a la salud es una función constitucionalmente reservada a las provincias, el MS [Ministerio de Salud Argentino] también lo ejerce a través del componente de Control del Ejercicio Profesional del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).....puesto en marcha en el año 2003, forma parte de un conjunto de políticas sustantivas e instrumentales de salud establecidas desde 1992 ...El programa [entre varios componentes incluye]... la implementación de indicadores y estándares de estructura, proceso y resultados en los servicios de salud, así como a la compatibilización de las modalidades de evaluación externa de la calidad y la gestión interna

de calidad. Finalmente, el quinto componente se refiere a la oferta de asesoramiento y capacitación a las jurisdicciones provinciales, así como a la promoción de iniciativas de calidad. (Belló Mariana, C, Victor M Becerril-Montekio, 2011).

En Brasil: existe dentro del Ministerio de Salud, el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC), el cual es responsable de la coordinación de la política nacional de regulación, control y evaluación. Dentro de sus competencias está, El DERAC es igualmente responsable del Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios, de la Encuesta de Satisfacción y del Premio de Calidad Hospitalaria. (Becerril Montekio, Medina, Aquino,2001)

En Colombia, desde el 2006 se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

La Ley 1122 de 2007 obliga a que, en el RS, al menos 60% del valor de los servicios se contrate con hospitales públicos siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones de calidad

Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas. En julio de 2010 se contaba con 19 de estos prestadores.

Dentro del Ministerio de la Protección Social, se encuentra el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (información sobre habilitación, auditoría, acreditación y calidad de prestadores)

En las directrices de la Dirección General de Calidad de Servicios se establece que los afiliados tienen derecho a ejercer vigilancia y control sobre la calidad y la eficiencia de los servicios de salud mediante veedurías comunitarias elegidas popularmente. (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, Vásquez, 2011)

En México se lanzó en 2001 la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos eran promover un trato digno de los usuarios de los servicios de salud, mejorar los aspectos técnicos de la atención y garantizar el abasto oportuno de medicamentos.

La Cruzada también se propuso recuperar la confianza de la población en las instituciones. Fue así que se diseñó un mecanismo que faculta a ciertos grupos y organizaciones de la sociedad civil que gozan de prestigio y credibilidad para visitar las unidades de atención a la salud y avalar las acciones a favor del trato digno y la mejora de la calidad de la atención que en ellas se llevan a cabo. El llamado “aval ciudadano” puede además exigir resultados, dado el conocimiento que tiene de la realidad institucional, hacer recomendaciones factibles y, cuando procede, destacar los aspectos positivos del funcionamiento de las instituciones del sector salud.

En Venezuela el Ministerio del poder Popular para la Salud es el encargado de vigilar las actividades relacionadas con la salud en el país, pero en lo referente al tema de la calidad sólo aparece evidente en el área de medicamentos, sector clave para la salud, donde existe el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel del MS que se encarga de la evaluación, vigilancia, calidad y seguridad de los productos farmacéuticos.

Otro de los aspectos resaltantes del sistema da salud como factor influyente en las acciones de los centros de salud, en este caso fundamentalmente los centros de gestión pública, es lo referente a la recentralización ocurrida en los diferentes sectores y en caso de estudio, el sector salud. Este mecanismo de acercamiento de las decisiones más cerca de quien tiene las necesidades, se había desarrollado en varios estados con resultados disímiles y con un resultado global menor a lo esperado por los actores del área, sin embargo estudios que se realizaron entre 2000 y 2005 en 12 estados pusieron de manifiesto que aquellas entidades federales que contaban con características específicas, lograron mejorar la gestión de sus sistemas regionales de salud... [se considera importante retomarla] porque

la descentralización es también un rasgo característico de los sistemas de salud más avanzados del mundo actual.

Uno de las funciones de mayor importancia de un Sistema Social en general, y el Sistema de Salud del país es uno de ellos, es servir de médium para probabilizar la ocurrencia de aspectos que se consideran relevantes dentro de las finalidades para las cuales existe el sistema. Esto hace que si un tema no se coloca dentro de las políticas públicas expresadas formalmente, no se tomarán medidas para alcanzarlas; y si esto no ocurre, las organizaciones que se encargan de conseguir resultados finales, no las tematizan como decisiones, que por ser el elemento básico de los sistemas organizacionales, lo que no se decide, no existe. De allí que tal como está presente el tema de la calidad de servicio en el sistema de salud del país hace que no se alcancen o se trabaje bajo los principios de

1. Orientación estratégica: que permite establecer, formular y aplicar una estrategia corporativa que integre a la calidad dentro de ese proceso.
2. Orientación ética y social. Ya que la calidad se trata de satisfacer las necesidades de todos los grupos de interés, de todas, las personas, de toda la sociedad.

Y no permite el desarrollo de un

3. Liderazgo y compromiso de la Dirección donde la alta dirección de cada centro de salud, posea la mayor cuota de esta responsabilidad

Los Servicios de Salud para la embarazada y el niño

La especialización de los servicios de salud introduce complejidades propias de cada objeto de interés. Por eso, en la presente investigación, se centró en los servicios de salud asociados a la maternidad y la salud infantil, en principio por la importancia que se le da al impacto de estas actividades, incluso más allá del sector; y por razones prácticas: las personas a entrevistar en el referente empírico, serían personas que habrían utilizado en varias ocasiones los servicios del centro

de salud estudiado y por tanto tendrían una percepción sobre la calidad del servicio.

La importancia más allá del sector salud se puede observar, al considerar lo tratado dentro de la Asamblea general de las Naciones Unidas de septiembre del año 2000, donde se aprobó una resolución, denominada Declaración del milenio, firmada por los Jefes de Estado y de Gobierno. En ella, deciden hacer propuestas para la erradicar la pobreza, y de la cual surgen los Objetivos del Milenio (ONU, 2000). Estos objetivos son ocho, que se miden por medio de 21 metas y 60 indicadores oficiales. Dos de estos objetivos, tienen una asociación fuerte con los servicios de salud del grupo tomado para el referente empírico: reducir la mortalidad infantil, con el compromiso de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años; y otro objetivo, establece el compromiso de mejorar la salud materna tomando acciones para reducir, la mortalidad materna en tres cuartas partes para el mismo lapso. Esto coloca en relieve la importancia que posee para las personas, los aspectos asociados a la salud de estos grupos.

En el reporte de objetivos del milenio del 2011 (ONU, 2011), en cuanto al objetivo de reducir la mortalidad infantil plantea que:

“El progreso en la reducción de las muertes de niños continúa estable. La mortalidad de los niños menores de 5 años ha disminuido un 33% en todo el mundo. Las muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos han pasado de 89 en 1990 a 60 en 2009. En todas las regiones salvo en África subsahariana, Asia meridional y Oceanía se han logrado disminuciones de al menos un 50%. A pesar del crecimiento de la población, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años ha disminuido a nivel mundial, pasando de 12,4 millones en 1990 a 8,1 millones en 2009, lo que equivale a casi 12.000 muertes menos por día. [Además expresa que] La educación de la madre es un determinante primordial para la supervivencia del niño” (ONU, 2011, p: 24-26)

En cuanto a la mejora de la salud materna,

“A pesar de que se ha comprobado que hay medidas para evitar que se produzcan discapacidades durante el parto o a lo largo del embarazo, la mortalidad materna sigue siendo una pesadísima carga en muchos países en vías de desarrollo. Si bien las cifras sobre mortalidad materna tienden a ser poco fidedignas, las estimaciones más recientes muestran que ha habido avances considerables en su previsión. En el conjunto de las regiones en desarrollo, la tasa de mortalidad materna cayó un 34% entre 1990 y 2008, ya que pasó de 440 muertes maternas por 100.000 niños nacidos vivos a 290 muertes maternas. A pesar de ello, la meta de este ODM todavía está muy lejos de conseguirse.” (ONU, 2011, p: 29)

En Venezuela, Naranjo (2007) realiza una evaluación del programa salud prenatal del Ministerio de Salud en el municipio Girardot, Estado Aragua partiendo de la premisa que

“La mortalidad materna es un problema público de alta prioridad. Un gran número de mujeres muere cada año por complicaciones del embarazo y parto. En el continente americano esta situación afecta principalmente a mujeres de América Latina y el Caribe, donde la mayoría de los países presentan altas tasas de fecundidad, niveles altos de pobreza, cobertura y calidad de servicios de salud deficientes. En Venezuela el problema de la mortalidad materna ha ido en aumento durante los últimos años, siendo las causas involucradas prevenibles con intervenciones adecuadas.... Por otra parte, diversos autores han hecho referencia a la necesidad de conseguir información y analizar la complejidad de los problemas que presenta la sociedad con el fin de lograr formular políticas públicas, que resuelvan esos problemas” (p:1)

La importancia de los servicios de salud se puede observar al considerar que “Al revisar el conjunto de causas para el período 1994 – 2004, se encuentra que casi

el 40% de las mismas se deben a trastornos que pueden ser evitados con un adecuado control prenatal”

Adiciona desde la literatura internacional “que una muerte materna es el resultado de una serie de factores que actúan sobre la vida de una mujer, desde que nace hasta su etapa reproductiva, y que esos factores determinantes de mortalidad materna pueden agruparse en:

- (1) factores relativos al contexto (socioeconómico, educativo, demográficos),
- (2) factores relativos al estado de salud previo de la mujer,
- (3) factores vinculados al acceso y calidad de servicios de salud materna y planificación familiar que recibe la mujer.” (p: 14-15).

Los planteamientos anteriores, resalta entonces, la importancia de la calidad de los servicios de salud en las condición final de salud materna.

En Venezuela, las actividades asociadas a los servicios de salud de las madres y los niños, han venido evolucionando en su modelo de atención. Para el entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004) “Se ha transitado un largo proceso, para posicionar el enfoque de Salud Sexual y Reproductiva que se inició con la atención focalizada en el binomio madre - hijo a cargo de la División de Higiene Materno Infantil, creada en 1938 por el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).” A partir de estos cambios, se establecen dos programas que reorientarían los servicios de salud para las madres y niños:

1. En cuanto al programa referido a las madres, Naranjo (2007) plantea que “El programa ‘Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, en su componente salud prenatal’, sustituyó al componente de atención prenatal del antiguo programa de “Normas de atención materna y planificación familiar” que estuvo vigente desde 1992”(p:30). “En la presentación del programa se explica que los instrumentos normativos que se presentan en el mismo, establecen las directrices fundamentales de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva en Venezuela, así

como las competencias y funciones de los niveles administrativos, hasta los procedimientos para la atención integral de la mujer”. (p:28)

2. Para la atención a niños, el “Programa Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes los cuales vienen a sustituir el Programa Materno-Infantil, creando una plataforma programática para la aplicación de la Legislación Nacional e Internacional vigente de salud sexual y reproductiva y atención en salud a niños, niñas y adolescentes, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio. Ambos programas están íntimamente relacionados y adscritos a la Dirección General de Programas dependientes del Viceministro de Salud desde Diciembre 2004.” (MS, 2010)

La existencia de una norma para algún programa o servicio es un avance para la consecución de una calidad acorde a un diseño particular. Sin embargo, en la Evaluación realizada por Naranjo (2007), plantea aspectos asociados a los programas del Ministerio asociados a la mortalidad materna que restringen el alcance:

“Al revisar detalladamente el programa se presenta un listado de actividades y recursos, pero no se especifica cómo se esperan lograr los objetivos; sólo se proponen algunas estrategias para alcanzar las metas....La revisión de este programa enfocándose en que el mismo es la estrategia principal del estado venezolano para disminuir la mortalidad materna desde el sector salud, permite reflexionar que el programa debe centrarse más en destacar los aspectos claves que se realizarán para disminuir la mortalidad materna e inclusive la infantil [ya que] Las acciones tendientes a garantizar un adecuado desarrollo del embarazo y atención del parto, generan efectos positivos que disminuyen el riesgo de morir durante los primeros años de vida.”(p:31)

Y aún cuando se reconoce la existencia de una norma específica para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, en su componente salud prenatal, presenta dudas acerca de su efectividad, debido a que

“ Con respecto a la disponibilidad y calidad de los servicios de salud materna, no se especifica cuáles deben ser los estándares de calidad que los servicios deben brindar y no se describen acciones dirigidas a sensibilizar a la mujer en relación a cuáles son los servicios que ella tiene derecho a recibir y bajo qué condiciones....[Además,]

Es necesario que el programa contenga aspectos que permitan adaptar las acciones propuestas a requerimientos de la población atendida, pero estos requerimientos no son sólo desde el punto de vista de salud, sino también desde el punto de vista social, cultural, de patrones reproductivos de las mujeres y densidad poblacional entre otros, inclusive de evaluaciones que permitan tener un enfoque realista de las limitaciones del programa.” (p:47)

En resumen, las acciones que el Estado venezolano desarrolla para ‘mejorar, mantener y preservar’ la salud de los grupos de interés donde se focaliza la investigación, posibilitan la existencia de brechas en la calidad del servicio ofrecido; tanto en la correspondencia en la reproducción del diseño o calidad de conformidad, como en la correspondencia del diseño con respecto a las necesidades del usuario, que van más allá del acto médico en el centro de salud.

Capítulo III

La Calidad en Centros de Salud Ambulatoria. Estudio de casos de Centros Públicos de Salud ambulatoria como Referente empírico.

La Calidad en Centros de Salud Ambulatoria como Referente empírico.

En los primeros apartados, se presentaron los diferentes temas que se trabajaron en la investigación desde una referencia teórica, a partir de los desarrollos que autores han realizado sobre ellos. De manera adicional, se partía de la necesidad de abordar el estudio de centros de salud para complementar desde ellos, aspectos que no estarían en la información teórica y que pudieran permitir visualizar y contrastar patrones de comportamientos organizacionales. Se trabajo en dos centros públicos de salud ambulatoria, con la diferencia que uno de ellos era gestionado por una organización comunitaria, y se realiza el cobro de los servicios, sin la finalidad de lucro, diferencia con centros de salud privado. A continuación se presenta la forma como se abordó este estudio empírico.

Abordaje Metodológico

Para realizar el estudio empírico, se partió del estudio teórico de todos los temas que consideramos asociados al trabajo y que pudieran ayudar a dar soporte teórico tanto al momento de buscar información, como en su análisis posterior y sobre todo para el momento de contrastar y generar una teoría explicativa del fenómeno en estudio. Sin embargo, como se planteó anteriormente, la intersección de todos los temas abordados crea un área de estudio donde, si bien existen esfuerzos realizados importantes, algunos de ellos son incipiente, más aún cuando tomamos el contexto latinoamericano y el de nuestro país.

Ello delimitó a realizar una investigación con característica fundamentalmente exploratoria, donde más que comprobar hipótesis o teorías acabadas, se debería profundizar sobre los temas y generar proposiciones a comprobar en futuras investigaciones (Rodríguez, Gil y González, 1999; Stake, 1999; Vieytes, 2004).

Para Ulín , Robinson y Tolley,(2006), en coincidencia con otros autores, cuando los objetivos esenciales de una investigación son explorar y explicar el comportamiento en lugar de describirlo; cuando el tema tratado es poco conocido y ha sido insuficientemente investigado entre otras realidades, es muy

conveniente que los investigadores aborden las preguntas de indagación empleando Métodos Cualitativos. Con este tipo de investigación, se buscan formas de indagar más a fondo acerca de los por qué y los cómo de preguntas que tal vez hayan respondido en términos de en qué medida y cuánto.

Diseño de la investigación cualitativa

Una de las decisiones cruciales para la investigación fue la escogencia como estrategia de diseño, del estudio de casos, definido como “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo” (Denny, 1978: 79, en Rodríguez, Gil y González, 1999:91).

Yin, (en Balbastre,2001), coloca a esta estrategia como una forma ideal de estudiar aspectos de investigación para los cuales la teoría existente es inadecuada o para desarrollar nueva teoría, al que denomina exploratorio, de igual manera que permite generar proposiciones susceptibles de ser contrastadas a través de estudios posteriores.

Siguiendo a Yin, en la investigación se utilizará un diseño de casos múltiple cuya “seleccióndebe realizarse sobre la base de la potencial información que la rareza, importancia o revelación que cada caso concreto pueda aportar al estudio en su totalidad” (en Rodríguez, Gil y González,1999 :96)

Selección del caso

Para la selección de los casos, se consideran algunos criterios de varios autores. Para Stake, (Stake,1999), teniendo en cuenta el objetivo fundamental de la oportunidad para aprender, los casos a escoger ofrecerían esta situación en la medida que:

- i. Se tenga fácil acceso al mismo
- ii. Se conjugue una probabilidad alta de ocurrencia de una mezcla de procesos, programas, personas, interacciones y/o estructuras relacionadas con las cuestiones de investigación
- iii. Sea posible alcanzar una buena relación con los informantes

- iv. No exista restricciones de tiempo para que el investigador pueda desarrollar su papel; y
- v. Que asegure la calidad y credibilidad del estudio

A los cuales, Rodríguez, Gil y González agregan otros criterios de escogencia:

- i. La variedad, esto es, la tratar de seleccionar entre toda la gama de posibilidades en las que el fenómeno se manifieste, lo que permitiría la replicación literal o teórica.
- ii. El equilibrio, para que se elijan los casos que se compensen las características de unos y otros

A los criterios anteriores le agregamos la posibilidad de que fuesen centros de salud con características generales de cobertura y diversidad de servicios de interés para la investigación tuvieran n movimiento de usuarios similar.

Dentro de las formas de gestión de los centros de salud en el estado Lara, podrían establecerse, en principio tres tipos de centros de salud ambulatoria en función de la procedencia de las personas o grupos que dirigen al centro:

- i. Centros de salud gestionados por grupos del sector privado
- ii. Centros de salud públicos gestionados por grupos de funcionarios públicos, regidos por entes pertenecientes a la gobernación de estado, a institutos descentralizados o al gobierno nacional o central.
- iii. Centros de salud públicos gestionados por grupos pertenecientes a organizaciones sociales de la comunidad o del tejido social, sin fines de lucro y con el cobro de los servicios.

Utilizando los criterios referidos, fueron escogidos como casos a estudiar, uno gestionado por el sector público y otro por la comunidad, estos son:

- Centro de salud y Bienestar Ambulatorio del Sur
- Ambulatorio Don Felipe Ponte del municipio Palavecino

La investigación se centró en las relaciones entre el tipo de gestión (pública y con la participación de organizaciones de la sociedad civil) y los resultados de estas organizaciones. Del modelo teórico presentado, los resultados de interés para la

investigación, son los asociados a la calidad, específicamente del servicio desde la óptica del usuario.

Métodos, técnicas y herramientas

Durante la recogida de datos, debido a la naturaleza de las diversas fuentes e información a recabar, así como al rigor científico a preservar, se utilizaron diversos instrumentos, técnicas y algunos métodos comprobados. Dentro de los métodos y técnicas estuvieron la elaborada a partir de diversos autores para estudiar procesos de trabajo (Jurán y Godfrey, 2001;Martínez, 2005;Temes y otros,2006) y la del levantamiento de información por encuesta (Hayes, 1999). A continuación se describen estos métodos.

Análisis de los procesos claves. Uno de los elementos centrales en la calidad de los productos o servicios y por tanto para la presente investigación, es el proceso de trabajo. Para levantar la información de los procesos de cada centro, se siguieron los pasos recomendados por varios autores (Harrington, 1993; Jurán y Godfrey, 2001; Zeithaml y Bitner, 2002: Martínez, 2005; Times y otros 2006)

Encuesta de satisfacción de los usuarios. Para el estudio del nivel de satisfacción de los usuarios, se partió de dos grupos de criterios: unos para realizar para realizar una entrevista estructurada de preguntas abiertas para determinar dimensiones de calidad desde la óptica de los usuarios y una segunda encuesta a una muestra representativa de usuario.

- a. Para la determinación de dimensiones de la calidad a partir de los usuarios, se utilizó el método de los incidentes críticos en calidad de Flanagan 1954 (en Hayes 1999). El incidente crítico es definido como ejemplos del desempeño organizacional en relación con los servicios o productos que la empresa proporciona, desde la perspectiva del cliente,

esto es, aquellos aspectos del desempeño organizacional con los que los clientes entran en contacto directo

- b. Para determinar la percepción de la calidad de servicio por los usuarios, se partió de los criterios utilizados por diversos autores: Lledó Rodríguez quién determinó la calidad percibida en usuarios de hospitales (Lledó, 2001), el instrumento SERVQUAL, el cual es el instrumento de mayor uso para la determinación de la satisfacción del usuario, la cual posee una ventaja adicional para los requerimientos de la investigación, cual es su enfoque hacia el mercadeo y por tanto su focalización en los usuarios (Zeithaml y Bitnar, 2002). Para tener las referencias locales y de centros ambulatorios, se tomó en consideración los aspectos trabajados por autores de investigaciones de postgrado en Salud Pública de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado en Barquisimeto (Guédez, 2004; Agüero, 2004; Aguaje, 2002; Ramones, 2004; Rangel, 2002). A partir de la revisión teórica de los autores referidos, se establecieron los elementos a considerar en la encuesta a aplicar, realizando los ajustes teóricos y prácticos necesarios en función del contexto de la investigación actual, que en nuestro caso, estaría enfocada a las usuarias del servicio de atención a embarazadas y representantes de los niños en el servicio de pediatría, para estudiar la calidad percibida, en cada centro de salud. Los criterios a utilizar fueron los siguientes. (Churchil en Ulín, Robinson y Tolley, 2006; Hayes, 1999)
- c. Identificación de la muestra. Las personas incluidas en el estudio fueron las usuarias de consulta externa de Obstetricia y los representantes de los niños en la consulta de pediatría del segundo semestre de 2007. La unidad de muestreo estuvo representada por cada una de los usuarias seleccionadas. La modalidad de muestreo fue aleatorio simple. El tamaño de la muestra se determinó por la fórmula para la estimación de una proporción, aceptando una confianza del 95,0%, una precisión del 6,0% y adjudicando al producto $p \cdot q$ el valor correspondiente a la situación más desfavorable, 0.5

Se establecen dos grupos de estudio: el primero incluye a las usuarias que acuden a consultas externas de atención a embarazadas. El segundo grupo lo forman los representantes en las consultas externas de niños. A todos se les garantizó la confidencialidad de la información suministrada.

d. Instrumento para desarrollar el estudio.

- i. A partir de los diferentes estudios referidos sobre satisfacción de los usuarios, se estableció un primer instrumento a aplicar el cual fue revisado por expertos en el área de calidad; además de aplicarse en usuarios a modo de estudio piloto. Se parte de un cuestionario dividido en seis grupos de preguntas.
 - ii. Un primer grupo con la información general de las personas entrevistadas y la información sobre el tiempo de llegada y salida del usuario, para determinar el tiempo de ciclo de atención, debido al alto impacto que produce en los usuarios de servicios (Harrington, 1993; Zeithaml y Bitner, 2002)
 - iii. Un segundo grupo referido al personal de contacto en el servicio
 - iv. El tercero que se focaliza en el servicio de salud en sí
 - v. El cuarto grupo donde se pregunta sobre la percepción global de los usuarios
 - vi. Una última pregunta abierta, con la finalidad de conocer razones para ir o no a un centro de salud.
- e. Análisis de la información. Se determinó la confiabilidad interna de la encuesta, mediante el cálculo del Alfa de Cronbach. Se realizó el análisis de frecuencias, y medidas de tendencia central de los datos obtenidos, por cada proceso y centro, para luego comparar con la información interna y con la información del otro centro y colocar en relieve patrones a estudiar. En el anexo 1 se presenta la encuesta aplicada.

A continuación se presentan los casos estudiados, las siglas de letra y número que acompaña a las citas, corresponden a los códigos establecidos para las personas entrevistadas.

Ambulatorio “Don Felipe Ponte” de Cabudare

Historia y evolución

El ambulatorio “Don Felipe Ponte” en Cabudare, ciudad del Municipio Palavecino del estado Lara, conocido por los habitantes de la zona como “el Ambulatorio de Cabudare”, AC, abre sus puertas en Abril de 1983 con una capacidad física y de servicios acorde a la población existente en su área de influencia para ese mismo año. Surge dentro de la reordenación de la red ambulatoria, para adecuarla a las nuevas realidades del municipio.

Es un ambulatorio urbano tipo III, clasificado como tal en función de la cantidad de habitantes de su área de servicio (población directa y área de influencia) siguiendo los criterios de la “Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-Sector público”, del decreto presidencial número 1798, publicado en la Gaceta oficial de fecha 20-01-1983(Cedrés, 1996). Al momento del trabajo de campo, esta población era mayor al establecido según la norma, 190.823 habitantes según las proyecciones del censo poblacional (SIVEL, 2007). Pertenece a la red ambulatoria que conforma el Distrito Sanitario número 8.

En conversaciones con personal de mayor antigüedad en la institución, dentro de los hitos que pueden tenerse como referencia en su evolución se encuentran:

- Las necesidades de servicios de salud surgidas o aumentadas por el crecimiento de la población de la ciudad y el municipio, hace que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, MSAS sustituya a la medicatura rural y reordenara la red ambulatoria. Allí surgió la creación del AC.
- Como parte de las demandas de salud, se abre la cirugía ambulatoria.
- Luego es mudada la maternidad situada en el centro de la ciudad, por problemas en su infraestructura, utilizando para ello, espacios que estaban destinado para otras áreas (archivo de historias médicas, farmacia y almacén) “estamos trabajando como un hospitalito dentro de una estructura de ambulatorio”, C1. Durante un tiempo, estuvieron atendiendo entre 200 y

300 partos por mes, cifra que bajó al abrir la maternidad del Ambulatorio III de la Carucieña, al oeste Barquisimeto, en el Municipio Iribarren.

- Al comienzo, la red ambulatoria del Municipio sanitaria del estado Lara, no tenía un presupuesto asignado y sus necesidades eran suplidas con el presupuesto del AC. Hoy posee presupuesto propio, y funciona dentro de las instalaciones del AC.
- El AC declara su filosofía de gestión en carteleras del centro:

Visión

Consolidarse como ente rector de salud en el municipio Palavecino, garantizando el derecho a la vida y la salud, estableciendo alianzas transectoriales y de participación ciudadana, que contribuyen a la formulación, coordinación, ejecución y control de las políticas, programas y proyectos de salud, cuyo objetivo final será la de mejorar la calidad de vida de la población.

Misión

El ambulatorio “Don Felipe Ponte” es una institución pública, compuesta por personal capacitado, con sensibilidad humana, al servicio de la población Palavecinense, brindándoles una atención integral con calidad y calidez, centrada en los principios de universalidad, gratuidad, solidaridad y equidad.

Objetivo General Del Ambulatorio

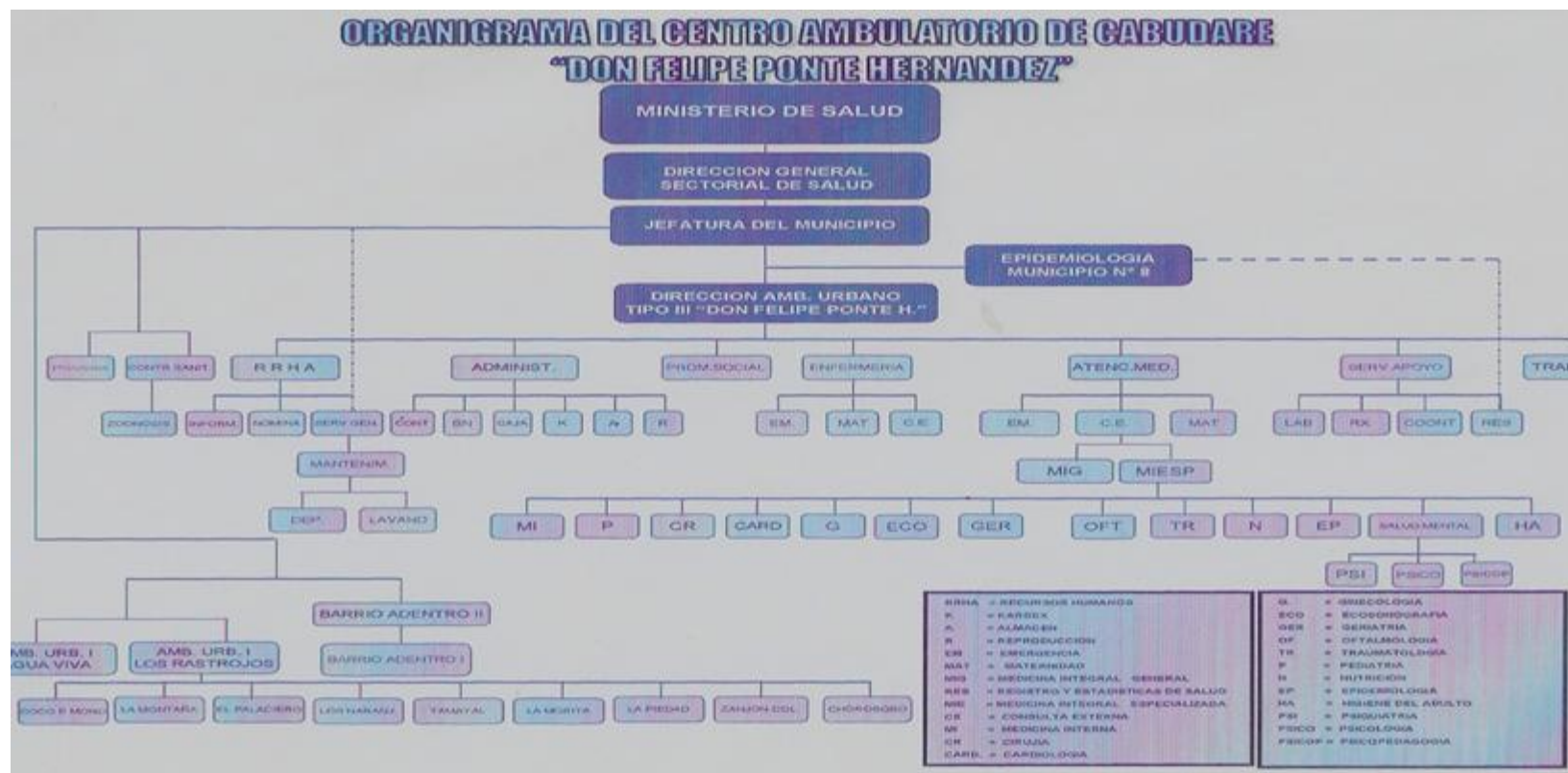
- Brindar atención integral con calidad a los usuarios de los diferentes servicios del Ambulatorio Urbano tipo III “Don Felipe Ponte H” de Cabudare, de manera oportuna, eficaz y eficiente, basados en los principios de universalidad, gratuidad y equidad.
- Solicitar los recursos ante el gobierno central para lograr el crecimiento de las instalaciones y los servicios

del centro ambulatorio Cabudare para lograr la condición de hospital tipo I.

- Al momento del trabajo de campo, tenía posibilidad de ampliar servicios, por los terrenos que posee y se estaba en un momento de transición hacia lo que hoy es, una vez alcanzado uno de sus objetivos: un Hospital urbano tipo I.
- En el cuadro a continuación, se puede observar la estructura organizativa del AC, dentro del Municipio Sanitario número 8.
- Desde el año 2000, dentro de la estructura del Municipio sanitario número 8 y con sede en el AC, se encuentra funcionando el programa “Barrio Adentro”, en convenio con la República de Cuba. De acuerdo a lo recabado durante el trabajo de campo, dentro del programa se estipula:
 - Instalar, por cada 50 mil habitantes, un Centro de Diagnóstico Integral, CDI. Al momento del trabajo de campo existían 3 en Cabudare, los cuales no tienen pabellones “porque el AC tiene 5” C1.
 - Otro de los tipos de centros, son los CRI o Centros de Rehabilitación, de los cuales están en funcionamiento 2, uno en la parroquia “José Gregorio Bastidas” y otro en la parroquia “Agua Viva”
 - Un tercer tipo de centro, son los Centros de Alta Tecnología, CAT de los cuales en Palavecino no existe ninguno.
 - Un cuarto tipo de centro son los Núcleos de Atención Primaria Integral, NAPI. De estos, se han instalado 23 de los 39 programados y consideran que pueden ser 70 en dos años. Allí, desde el comienzo del programa, las personas acuden a los Consultorios populares (denominación de los centros para la atención primaria, que funcionaban en espacios suministrados por la comunidad), con Médicos de origen cubanos.

- Comenzó utilizando como recurso humano especializado para la atención Médicos cubanos, que serán progresivamente reemplazados por Médicos Integrales que se están formando. Al momento de la entrevista, de los Médicos que se estaban formando en Postgrado 17 iban para el Municipio; y los Médicos cubanos, entre los cuales estaban varios especialistas atendiendo la medicina primaria como parte del Convenio con Cuba, serían reubicados en los CDI.

Figura 7: Organigrama del Ambulatorio de Cabudare



Gestión del recurso humano

El recurso humano del AC está adscrito a dos fuentes de financiamiento: el presupuesto del órgano nacional de salud, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (denominación para el momento del trabajo de campo), MSDS, y a la dirección regional de salud, DRS, dependiente de la gobernación del estado Lara. Como se observa en el cuadro siguiente, el 66, 67% es de adscripción nacional y están divididos casi a la mitad entre empleados y obreros, 48,7% es personal empleado y 51, 2% es personal obrero.

Cuadro 6: Consolidado del personal adscrito a los presupuestos nacional y estatal del año 2008

TIPO DE PERSONAL	NACIONAL	ESTADAL	TOTAL GENERAL
PERSONAL MEDICO	16	8	24
PERSONAL ENFERMERIA	25	2	27
PERSONAL DE APOYO	68	4	72
PERSONAL EMPLEADO CONTRATADO, VACANTE O DESINCORPORADO	26	8	34
PERSONAL EMPLEADO SUPLENTE	10	4	14
PERSONAL OBRERO FIJO	81	81	162
PERSONAL OBRERO SUPLENTE	8	10	18
TOTAL	234	117	351

Fuente: Departamento de recursos humanos. Ambulatorio urbano tipo III "Don Felipe Ponte Hernández" Cabudare

Para la administración de los recursos Humanos en el AC, se trabaja bajo los lineamientos de la Dirección Regional de salud y del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

El proceso de contratación. Para el ingreso como personal fijo y para satisfacer las necesidades del AC, existe la figura jurídica de los concursos. Los lineamientos y autorizaciones de los mismos, están centralizados por el MSDS y dirigidos por la DRS, aún cuando la detección de necesidades se realiza desde las Jefaturas de Servicios del AC. Sin embargo, en los dos últimos años, “no se han sacado concursos” C5. Las necesidades surgidas, son subsanadas con personal contratado, requerido y evaluado por el Jefe de Servicio y solicitado por el Departamento de Personal; el proceso de contratación está centralizado, siendo la DRS la encargada de los “trámites administrativos”.C5

El proceso de nómina. Para el pago de los sueldos y salarios, el manejo administrativo de la nómina se realiza en los dos niveles de gobierno, más el manejo interno en el AC:

- La información de la nómina es procesada en el AC,
- Luego se envía al Ministerio para que sea procesada
- El dinero de la nómina es enviada a la Gobernación, quien realiza el pago, vía depósito bancario, a los trabajadores
- La nómina de contratados, está restringida por el presupuesto anual, el cual por ser reconducido, reduce la posibilidad de contratación, surgiendo como solución, la reducción de la carga horaria, para poder suplir personal a varias unidades. C2
- Dentro del AC existe una unidad que se encarga del proceso de nómina y controla y garantiza la eliminación de errores antes de enviar la información.

El proceso de capacitación. Para la capacitación, los Jefes de servicio indican al Departamento de recursos humanos, las necesidades de su personal, pero por las restricciones financieras y de personal, no hay continuidad ni sistematicidad en los cursos, “es difícil hacer y cumplir un programa, debido a que hay déficit de personal y no pueden colocar un suplente”.C5

Aun cuando existen programas por parte de la DRS, como es el caso de los cambios para el manejo presupuestario y otros del AC para la actualización de empleados y obreros, en general, son los mismos trabajadores quienes realizan mejoras en sus conocimientos con capacitación a título personal.

Por ser una institución que depende de profesionales para la generación de los servicios a los usuarios, la distorsión en cuanto a sueldos y salarios se transforma en una causa de desmotivación “las enfermeras son mínimo TSU...pero los salarios son bajos” C5, “pueden haber obreros que ganan más que un medico...uno se profesionaliza para tener un mejor nivel de vida” C4.

Proceso de evaluación del desempeño. Para conocer el desempeño de los empleados y obreros, se realiza una evaluación al personal empleado y obrero, dos veces al año, cuya información se consolida y es enviada al MSDS. Anteriormente, existía un bono por evaluación.

La restricción de mayor referencia en cuanto a los recursos humanos del AC: el déficit de recursos humanos especializados; tanto de enfermeras, como de médicos generales y algunas de las especialidades. De acuerdo a lo expresado por los entrevistados existe una raíz común a este problema: “La reconducción del presupuesto, con la consecuencia de menos recursos y mayores costos”.C3

Para los entrevistados, la reconducción del presupuesto origina al menos dos causas al problema del déficit de recursos humanos del AC:

1. Por un lado, limita los concursos para el ingreso de personal, que unido a la antigüedad del personal del AC, donde el 76, 9% tiene 20 o más años de antigüedad por ser un centro que tiene 25 años, además que la rotación es baja, hace que no exista renovación de la planta de recursos humanos especializados.
2. Por otro lado, el salario ofrecido por la institución, no está acorde al mercado de trabajo, tornándose poco atractivo para profesionales especializados “llevamos dos años sin oftalmólogo” C2 por esta causa.

Adicionalmente, crea un problema latente de necesidad de ingreso de personal especializado. “no hay problema con el personal obrero, ingresa el personal por suplencia y luego queda; [para este nivel] no hay concurso, el perfil es bajo y fácilmente reemplazable” C5

A lo anterior se adicionan las restricciones asociadas con los trámites administrativos para el ingreso porque “existe retardo porque se depende de la DRS... ellos hacen el proceso a su ritmo” C5. Por ello existe la figura de prejubilados o “desincorporados”. Al momento “hay como 15 “empleados” y 10 obreros...hay personas con más de 35 años de servicio”. Y “para cada desincorporado se coloca un suplente, soportado en un oficio de desincorporación del jefe, y la jubilación se tardara el tiempo en la DRS y Caracas” C5

La razón no ha sido la planificación por parte de las diferentes instancias involucradas en el manejo del recurso humano en el AC, pues para ellos,

“Nosotros hacemos planificación de metas pero el ambulatorio ya tiene que crecer, tenemos enormes limitaciones de profesionales: médicos, no se sacan los cargo a concursos, hay personal prejubilado, está en nomina pero no trabaja y afecta a las suplencias...ahí hay una ineficiencia del sistema de salud....es un problema estructural” C2

“Tenemos un déficit importante de residente...enorme de enfermería, de auxiliares...la estructura del ministerio [MSDS] no se ha adecuado a los tiempos... hay personal prejubilado, otras en reposo, pero no hay respuesta y existe déficit presupuestario, no hay presupuesto para suplentes...el ministerio te manda una cantidad a atender, pero no tenemos recursos” C2

“existen médicos con especialización que están realizando labores de de un médico general, debido a la deficiencia de médicos” C4

Consideran que la respuesta del MSDS al déficit de recursos humanos especializados al sistema de salud venezolano, con la implantación del programa Barrio Adentro no ha sido efectiva, “tenemos a barrio adentro, es una estructura

dentro del sistema, pero paralela, estos médicos no trabajan con el programa del ministerio...seguimos llevando la carga de los programas de salud del ministerio”
C2

Remuneración. El aspecto salarial, se convierte en la principal causa de desmotivación del personal:

“desde enero tenemos 2 cargos vacantes pero no es atractivo para un medico, por el sueldo” C2

“tenemos un equipo para eco, moderno, pero no tenemos el recurso [humano] porque no son atractivos los sueldos, entonces se pierde la tecnología”C1

“en todos los ambulatorios hay cargos vacantes por no ser atractivo...aquí tenemos 5 cargos de residentes vacantes”C5

"el residente maneja la parte fuerte, el grueso del ambulatorio...ganan 1300 a1500, un poquito más ahorita”. C2

“A veces se escucha ‘cónchale, este mes no me han pagado, pero aquí estamos” C4

"hemos sido uno de los sectores más golpeados..."no tenemos beneficios...HCM, nosotros no tenemos nada de eso"C2

“los gerentes médicos tienen que tener curso medio de salud publica... [y/o] maestría en salud publica...[en su caso tiene además], diplomado en docencia universitaria.....y tengo el mismo cargo de médico general, porque no me han reclasificado desde hace desde 9 años”C2

Si bien existía para la fecha un aumento salarial reciente “a veces el pago no se hace a tiempo, el incremento salarial se lo pagan por retroactivo, no de inmediato”C2

Le surge entonces la pregunta "¿cómo haces tú para que la gente entre al sistema público?" porque los factores de motivación como el "salario, las posibilidad de mejorarse, de capacitarse, el estímulo al mejoramiento profesional,...no estancarse...[están ausentes] ese es el sistema público de salud"C2.

Sin embargo, piensan que "tenemos la potencialidad para revertirlo, pero si se atacan nudos críticos". Al respecto plantea referencias sobre el trato dado en otras regiones al problema salarial de los médicos:

"otros estados dan más beneficios porque [el sector salud] dependen del gobierno regional: [El Gobernador del estado Sucre], les está pagando 6 millones además, les financia los estudios de postgrado" C2

Además han buscado opciones para paliar el problema:

"hay varios centros de salud que cerraron las emergencias por déficit de médicos, el AC no lo ha hecho porque han gestionado recursos, con el consejo municipal.." C2

O estrategias tales como:"le quito horas para compensar el trabajo y entonces busco un mecanismo...los fines de semanas les ponemos 2 médicos a emergencia para bajar la carga de trabajo"C2

Dentro de los entrevistados hay opiniones acerca de que "la gente se ocupa de cumplir con su trabajo, con su función" y "yo diría que no todos están identificados con el ambulatorio"C4

Los conflictos, producto de varias causas, una por demandas salariales y otro por motivos políticos, de acuerdo a un entrevistado, han tenido su impacto en el funcionamiento del AC, de acuerdo a una de las entrevistadas que estuvo en cargos directivos:

"Antes del 2000, todo era paro....después del 2000, las cosas mejoraron. En el 94 llegamos a una situación tan critica que tuvimos que hacer un seguimiento administrativo por insectoría del trabajo y sacamos

[despedimos] a 15, incluyendo sindicalistas. Sirvió de toma de conciencia del personal.”

“[En ese entonces] los paros eran porque no les pagaban las primas por hijo, los uniformes, los zapatos, los aguinaldos. A veces llegaba el sueldo retrasado o sea eran necesaria[la protesta]..del 2000 para acá el único paro que tuvimos fue el del 2002[llamado “el paro petrolero”], que yo lo llamaba que era un paro asesino, los médicos tenían orden de gastar todo lo que había en el momento, dárselo a los pacientes fuera como fuera para quebrar las emergencia los pagos laborales estaban al día, no se justificaba el paro”C1

Sin embargo, concluye que es un personal que tiene "muy pocos vicios.... lo catalogo, dentro del ministerio como un personal A1 [excelente]...tienen mucho tiempo. Los que más rotan son los médicos residentes, porque son cargos de formación, que duran 2 años... ya estamos para jubilar a la mayoría, diría al 80% ...es un personal de calidad’ C1

En general, para otro de los Jefes del AC, "yo creo que debemos estar por encima de los estándares a pesar de las enormes limitaciones" "en mismo nivel [Ambulatorio tipo III], somos unos de los mejores, no me queda la menor duda"C2

Gestión de los Recursos financieros

En el caso de la infraestructura, para reparaciones mayores no tienen una partida presupuestaria, "lo debemos solicitar [el monto a invertir]" y si tienen partida presupuestaria para reparaciones menores. Las opciones para las del primer tipo son dos: la formulación, negociación y ejecución de proyectos de inversión o enviar el presupuesto de reparación y el nivel central aprueban y envían los recursos, o la organización que realizará las reparaciones

El proceso presupuestario del AC. Se rige por la normativa legal de los presupuestos públicos de la nación. Para la formulación del presupuesto, se realiza un anteproyecto, sólo para gastos de funcionamiento, donde los jefes consolidan el monto a solicitar y es llevado al MSDS para su aprobación. Adicionalmente, existe un presupuesto que se dirige a la Dirección Regional de Salud. Los Ambulatorios, manejan las partidas presupuestarias correspondientes al funcionamiento, las de recursos humanos son manejadas de forma centralizada. En el 2003 crearon una partida para la adquisición de equipos.

El presupuesto para el funcionamiento del Ambulatorio de Cabudare es un presupuesto reconducido desde el 2005. Producto de ello, se deben plantear estrategias para garantizar el funcionamiento de los centros y se generan criterios reactivos para su utilización, generando criterios de prioridad para la toma de decisión, “que no falte medicina ni material médico quirúrgico en el área de emergencia que es lo prioritario, luego a la reparación de equipos...el gobierno no se acuerda de las reparaciones, solo el criterio anterior” C3. Para el año 2007, el monto presupuestado fue de 60.000. Bs F. La partida correspondiente a gastos de personal entre el aporte nacional y estatal, para el año 2008, fue de 233.602,82 Bs. F

Una vez aprobado los presupuestos, los recursos financieros son enviados a Fundasalud, quien emite los pagos a los centros de salud del estado.

Para disminuir el impacto de la reconducción, envían las insuficiencias en las partidas, y les aprueban créditos adicionales “la gobernación es la que más está pendiente, aunque el monto de los recursos suministrados, es un porcentaje bajo del total recibido (alrededor de un 10%)”C3

Uno de los cambios metodológicos de los últimos años, luego del proceso de descentralización, es el trabajo por proyectos, en función de las líneas directrices del nivel central, consolidado con las necesidades de cada centro; con el establecimiento de metas y explicación posterior de las fallas en el cumplimiento

de las mismas. Para trabajar de esta forma, se efectúan talleres de trabajo con el nivel central y la unidad de presupuesto de la gobernación.

En la ejecución presupuestaria (los recursos comienzan a llegar en marzo, pero pueden comprometer desde enero) cada Jefe de Servicio, mantiene un stock de insumos para 3 meses de funcionamiento, el punto de pedido está en 1 mes de funcionamiento. Plantean sus necesidades y el administrador observa el movimiento de las partidas, mediante control estadístico del sistema automatizado que se utiliza, para priorizar los consumos a generar.

Por experiencia, se sabe que algunos servicios tienen un comportamiento estacional: “en maternidad, septiembre es un mes de cosecha...en diciembre aumentan los gastos”E1

A mitad del año en curso, se proyectan las insuficiencias en las partidas (lo cual es recurrente debido al carácter de reconducido del presupuesto), a la cual le adicionan hasta un 50% para resguardarse de la inflación y para el proceso de negociación con el nivel central. Pero las necesidades y las formas de satisfacerlas así como el ritmo de comportamiento del proceso presupuestario no coinciden, generando problemas en el funcionamiento normal del Ambulatorio “te dan un equipo que tiene una vida útil, tiene una garantía pero no te dan presupuesto para el recurso humano, o no es atractivo para ese profesional” C2, por eso consideran que “al final es un trabajo perdido. En el último año nos aumentaron un poquito, un 40% ¿pero cuanto es la inflación?” C3.El nivel regional de gobierno, apoya en los montos solicitados en los créditos adicionales

Mecanismo de rendición de cuentas. Existe una rendición de cuenta, para los presupuestos nacionales y regionales, al organismo representante del nivel regional en salud, Fundasalud (cuya figura aparece en la sección del sistema de salud en Lara). El organismo contralor revisa y aprueba los informes de gastos mensuales enviados por el centro, supeditando las posteriores entregas a esta rendición de cuentas.

Cuando hay cambios de Dirección, se realizan auditorías administrativas y financieras

Gestión de insumos

Proceso de compras. De acuerdo a la información obtenida, existen criterios para el control del proceso de logística interna, pero más que formalizados y con estándares definidos, existen consensos sobre tipos de medicamento a usar por enfermedad, con los problemas consecuentes. A partir de la información de los movimientos de insumos, se detectan los aumentos en el consumo “en función de la experiencia...existen pautas medicas para el consumo y dependen de la opinión del médico que esté presente, al irse, el que viene cambia de criterios y afecta las existencias de tipos y marcas de medicamentos” C3

En caso de existir necesidades “y si hay recursos [financieros]”, un comité, que incluye personal administrativo, médico y jefaturas, se encarga de definir los insumos a comprar en función de “precios y marcas...porque hay calidades diferentes, en función de la experiencias”

La DRS en ocasiones, a través de créditos adicionales compra otras marcas, "es que es más económico, dicen, pero los médicos los rechazan [por problemas de calidad]y los consumen cuando no hay del resto...cuando compran ellos[el comité interno], hay pocos problemas y los proveedores lo resuelven antes del consumo” C3

La planificación del proceso de compra, se dificulta "la Doctora [Directora] y yo estamos pendiente...y en el análisis de compra están todos van a tener la fecha luego de la cotización pero antes de la orden de compra”C3. La licitación se realiza para compras superiores a 1000 unidades tributarias

Para los diferentes subprocesos del proceso administrativo, existen en el AC, las unidades de

- Almacén: donde se realiza el proceso de logística interna del material de Rx, de oficina y de Mantenimiento menor, pero por las restricciones presupuestarias [en su mayoría]no se almacenan, se compra y se reparte de una vez” C3
- Farmacia: es responsable de las Medicinas y del Material Médico Quirúrgico.
- Kárdex: lleva la información del movimiento de los insumos anteriores.

Aún cuando se realizan informes, el control de los procesos no es sistemático, "puedes sacarla mensual [la información sobre el comportamiento de los procesos e insumos], pero si no te lo piden, para que hacerlo? seria un gasto de papel" C3

Se realizan auditorias cuando hay cambios de dirección, por la contraloría interna de la gobernación y también por organismos nacionales.

A pesar de que están establecidas unas metas, fundamentalmente los controles están dirigidos en tres direcciones:

1. el control de los insumos, que lo lleva enfermería y central de suministro. La papelería lo controla y pide la enfermera. Se lleva un registro y se hace auditorías a los procesos involucrados.
2. “se lleva información epidemiológica con [los formatos] EPI 10 y DC 1302 con los datos de las personas atendidas. Algunos se llevan a red de ambulatorio y el coordinador [médico, del AC] realiza control de los datos, para planificar servicios recursos”. C4
3. Y para la puesta en marcha del servicio, “se hace la esterilización” C4

Gestión de la Infraestructura y los Equipos

“Por ser una instalación de 23 años, junto a la cantidades de sales del agua del municipio, la tuberías se encuentran deterioradas” C2 es uno de los problemas referidos y aun cuando tienen una partida para reparaciones menores ésta no cuenta con los recursos suficientes y necesarios para afrontar este problema, Por

ser reparaciones mayores, se deben realizar proyectos para la solicitud de recursos o para que el nivel central envíe a los proveedores de este servicio ADM

Para los equipos, crearon una partida para la compra de equipos, pero para el mantenimiento "actuamos mas por contingencia... faltan repuesto" y se piensa que "lo sano seria sustituir por nueva tecnología". Nuevamente entra el problema de la centralización "como las compras son centralizadas, la calidad de lo comprado es menor...las sillas de odontología que tienen 25 años, son mejores que la que nos trajeron [recientemente]"C2. Además, la oficina central que se encarga de reparaciones, pone énfasis en el control de proyectos.

Relación con proveedores

La relación con los proveedores, está signada por el comportamiento del proceso de presupuesto y de sus temporalidades; por la llegada de recursos al centro de salud y a la condición de reconducción en los últimos años, que limita la cantidad del presupuesto al mismo monto de años anteriores. "Los proveedores "saben cómo es esto... cuando no hay recursos, y ellos saben que es por lo del ciclo del presupuesto [Te dicen:] tranquilo, yo te fío [te doy crédito] y en enero te facturo" C3

Lo anterior genera como consecuencia, que el tiempo del proceso de pago aumenta: aun cuando la política de pago es realizarlo a 30 días, "cobran como 90 días después, puede ser 120 días en total", por la reconducción hay situaciones donde "el pobre proveedor debe esperar de junio hasta diciembre"C3

Esta restricción encarece el costo de adquisición de los insumos, equipos y medicamentos del centro de salud. La administración, como una de las formas de negociar, ha transformado en política, el recordarle al proveedor en la negociación, los montos que se consumen en el centro: "si no da crédito, no lo llamamos, porque no podemos llamarlo solo cuando sea de contado" C3

"cuando hay recursos aparecen muchos proveedores y uno le da prioridad a los que ha aguantado" "claro, también se buscan mejores precios al comprar de contado" C3

En el proceso de suministro, los tiempos del proceso de presupuesto, el de compra y el de suministro del proveedor no son iguales, existiendo desfases que presionan sobre las políticas establecidas por los entes rectores, por ello buscan formas de resolución, dentro de los límites establecidos, para hacer de formas coordinada los tres procesos con diferentes actores y restricciones. La recepción de lo comprado, sigue un proceso formalizado que coincide con lo pautado en la administración pública nacional.

Participación de la comunidad

La instancia de participación de la comunidad en la gestión de los centros ambulatorios de Cabudare, son los Comités de Salud. Están coordinados por la Jefatura de Municipio Sanitario y aun cuando tienen la misión de cumplir actividades de promoción y prevención en salud, la principal función con respecto a la instancia gubernamental, ha sido servir de enlace para la solución de problemas que se presenten en su centro de salud, a fin de su resolución inmediata o a ser tomados en cuenta durante la formulación de proyectos del sector. Funcionan en las diferentes parroquias del municipio Palavecino y hasta el año 2006, estaban constituido 48 comités de salud, de los cuales el 93, 6% fueron creados en los últimos tres años.

En función de las experiencias con la participación de la comunidad, con las OCR y los comités de salud; además de la información que manejan de otros establecimientos con otras formas de participación de la comunidad, los entrevistados poseen opiniones a favor y en contra acerca sobre estos procesos en la gestión de los servicios de Salud:

A favor:

"creo en que las transformaciones sociales se hacen de abajo hacia arriba, no al revés pero eso depende de los actores sociales,,,[cuando laboraba]en la Carucieña [otro Ambulatorio similar] logramos muchas cosas con la participación "sana" de la comunidad (cuando no se mezcle el germen de la política)...El buen gerente va hacia el bienestar colectivo, no hacia el bienestar de un pequeño grupo o de la parte individua...en [el Ambulatorio de] Sanare [población del estado Lara] el comité era mi aliado"C2

En el AC se creó una asociación, que recibe recursos de Fundasalud " se le dio una figura que fuera coherente con las actividades, una personalidad jurídica [norma para institucionalizar] y luego los estatutos se modificaron para que estuviera actualizado..."el objeto social de ASOSAPAL decía: tendrá un carácter social que permanentemente contribuiría con el desarrollo sostenible de la asociación basada en la autogestión y cogestión...le dimos una amplitud"C2

La opinión desfavorable, tiene que ver con la contratación de personal por parte de las comunidades, fundamentalmente cuando Fundasalud, gerenciaba un programa que promovía la participación de las comunidades en la gestión de los centros de salud (Mascareño, 2001)

"Pero tampoco creo en la distorsión que hubo cuando era la comunidad era la que le pagaba a los profesionales de la salud ..."Ahí hubo un error [porque] el Estado evadía su responsabilidad contractual...saltaban las obligaciones legales y contractuales entonces, tenias a médicos y enfermeras sub pagados ...Fundasalud les daba [los recursos] a la asociación , y cuando iban a pagar, no tenían prestaciones, no tenían vacaciones...la comunidad no debe asumir esa responsabilidad porque es una responsabilidad del Estado"C2

"[En el Ambulatorio del Sur pagan a los] médicos pero allí es diferente: se establecen unos honorarios....por tu consulta vas a ganar tanto "es tu decisión si aceptas"C2

Otros aducen que la comunidad no siempre puede sostener las donaciones que consiguen: " al ambulatorio del barrio Bolívar, les donaron el mejor equipo de ecosonografía que había en el estado Lara, se contrato un ecosonografista que cobraba un porcentaje de lo que se hacía..pero hubo problemas por el cobro de la consulta y el ecosonografista se fue, ahora la gente pagaba hasta seis veces más en Barquisimeto" E2

Consideran algunas de las funciones que deberían tener la comunidad organizada en los centros de salud:

"La comunidad debe estar para vigilar que los servicios funcionen, que estén bien equipados, para luchar por el equipo en mal estado, para vigilar que los recursos sean bien utilizados, que sean garantes de que se usen como se deben utilizar"C1

"la comunidad si se puede organizar para gestionar [conseguir] recursos, para arreglar las cosas, para mejorar la infraestructura, para conseguir un equipo" E1

"eso lo hacen en el sur [AS] ellos pan.. pan [consiguen los recursos financieros y de forma rápida] y compran un equipo"C2

"también es educación , es conciencia"C2

Consideran que puede ser más efectivo el proceso de descentralización de competencias

"creo en la participación comunitaria, pero también creo en la descentralización, en la transferencia de competencias [porque] no es lo mismo que la comunidad vea sus problemas acá, lo sienta acá, que lo que

ven allá en Caracas. Que decidan ellos allá que es lo que nos van a mandar"C2

La razón: "Las necesidades de Cabudare...tiene sus particularidades"C1

Las Oficinas de recuperación de costos. Otro de los mecanismos que existió en el pasado reciente, fue la creación y funcionamiento de las oficinas de recuperación de costos, como una forma de paliar los problemas generados por la cantidad y oportunidad de los recursos financieros, los ambulatorios del sistema de salud en Venezuela, crearon las Oficinas de Recuperación de Costos, ORC. Se abren en los años 80 a nivel nacional "ya que el estado no podía soportar la carga de estas instituciones. Entonces, se tenía que pedir la colaboración de los pacientes" aun cuando "habían pacientes que no colaboraban".C1

Las recaudaciones al comienzo fueron bajas luego fueron creciendo, "uno vio una solución en aquello porque, como no había presupuesto [los recursos eran bajos o no llegaban], uno resolvía con aquello... el presupuesto era muy pequeño y se empezó a crecer en cirugías , se hacían cirugías ambulatorias. Con el tiempo fueron creciendo hasta tener cirugías más complejas"C1

Pero hacia el año 93 hubo un "crecimiento significativo porque el presupuesto llegaba, pero era muy pequeño, el aumento que se le hacía [al presupuesto] era poco. Llegó un momento que el 80% del funcionamiento era por colaboración.... la comunidad mantenía al ambulatorio"C3

Fueron un apoyo a los centros de salud, tanto para compra e insumos, como para "aportes de emergencia...[ya que] el presupuesto público es muy engorroso, es muy inflexible, por las normas, y leyes, puede tardar tanto que puede afectar una vida" C1

"Pero se desvirtuó un poco, porque se comenzó a contratar personal por allí...ellas no tenían ese rol, esa figura trajo como problema, pagos de pasivos laborales, demandas de trabajadores, porque decían que eran parte del ministerio [causa]...

a la final los recursos que entraban, terminaban siendo para el pago de recursos humanos cuando debió ser con una caja chica" E1

Desde el 2002, cuando "vieron que estaban enviando el dinero, comenzaron a bajar las colaboraciones, comenzaron por emergencia". En 2005 se eliminaron las ORC por órdenes presidenciales, bajo el criterio constitucional de la gratuidad de la salud y con las ORC "uno tenía que pedirle a todo el mundo, aquí todo el que llegaba, llegaba pagando" C1

Gestión del servicio

Los usuarios atendidos en el AC en los últimos tres años se presentan en la tabla siguiente:

Cuadro 7. Usuarios atendidos en el AC entre los años 2004-2006

AÑO	2004	2005	2006
SERVICIO			
EMERGENCIA GENERAL	50.853	54.123	60.179
CONSULTA EXTERNA	67.065	69.610	69.080

Fuente: Departamento de registro y Estadísticas de Salud, 2007

Estos pacientes son atendidos en los siguientes horarios, la cantidad en cada celda, es el número de médicos en ese horario:

Cuadro 8. Servicio de Consultas en el AC

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES			
SERVICIO	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
1. M. INTEGRAL	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	10	5
2. M.FAMILIAR	2				1		1		1		5	
3. M.INTERNA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
4. CARDIOLOGIA	1		1		1		1		1		5	
5. PSIQUIATRIA	1		1		1		1		1		5	
6. PSICOLOGIA	1		1		1		1		1		5	
7. PSICOPEDAGOGIA	1		1		1		1		1		5	
8. NUTRICION	1		1		1		1				4	
9. VENEOROLOGIA							1				1	
10. TRAUMATOLOGIA	1		1		1		1	1	1		5	1
11. EPIDEMIOLOGIA	1		1		1		1		1		5	
12. ODONTOLOGIA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	10	10
13. DERMATOLOGIA						1				1		2
14. ADOLESCENTES					1							
15. CIRUGIA ADULTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
16. CIRUGIA INFANTIL		1		1		1		1		1		5
17. GEINECOLOGIA												
18. PRENATAL	1	1	1	1	1	1	1	1			4	4
19. ALTO RIESGO									1		1	
20. PEDIATRIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		5	4
21. GERIATRIA	1		1		1		1		1		5	
22. UROLOGIA												
23. PREANESTESIA					1						1	
24. CLINICA ENFERMERIA												
25. EMERGENCIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
138	19	9	17	9	20	10	19	10	17	8	92	46

Fuente: Departamento de registro y Estadísticas de Salud , 2007

De las consultas externas, el 28. 5% corresponden a la consulta de Medicina Integral, una de las razones: en esa consulta se atienden pacientes de Planificación familiar, Post natal y de Embarazo de alto riesgo.

Proceso del servicio de madre embarazada y atención al niño menor de un año. De acuerdo a los objetivos del trabajo de investigación, se escogió como proceso de servicio evaluar la calidad de servicio, el de la madre embarazada y atención al niño menor a un año. Durante el año 2006 fueron atendidos en el AC, 2.655 pacientes de prenatal en total, de los cuales 596 fueron consultas de primeras y 2.059 consultas sucesivas; mientras que en pediatría, en total se atendieron 6.902 niños de las edades correspondientes al servicio, de ellos, 1.867 fueron consultados por vez primera y 5.035 por consulta sucesiva.

Adicionalmente, durante la observación surge que, aun cuando en el AC existe un servicio dirigido a la madre con embarazo normal, se atienden pacientes fuera de especificaciones (parto normal), como pacientes diabéticas, hipertensa, entre otras.

El proceso de generación del servicio de consulta a madres embarazadas se realiza las siguientes actividades:

1. Comienza con la concreción de la cita por el departamento de Historias Médicas; “si es por primera vez, son atendidas, siempre que lleguen temprano...”
2. “Historias medicas abre la historia y le da una tarjeta con los datos, para su control...”
3. las enfermeras toman estos datos y suministran [solicitan] los exámenes que sean necesarios...
4. Para “las [citas] sucesivas, las enfermeras le dan a cita y la confirman por control de citas, en el segundo piso...”
5. Algún cambio, lo realizan por control de citas”C4

Tiempo de ciclo del proceso de servicio. El tiempo promedio del servicio, tomado desde la llegada hasta la salida, fue 3 horas y 17 minutos por persona; de los cuales, el promedio entre preclínica y consulta fue de 7 minutos con 30 segundos para la sub muestra tomada. Es decir que hubo aproximadamente 3 horas y 10 minutos de tiempo de espera por la consulta.

Las referencias sobre la gestión del servicio por los entrevistados, giraron en su mayoría a las restricciones que se tienen para la atención de los pacientes y de estrategias que han venido tomando para superarlas.

Debido a las restricciones presupuestarias, el funcionamiento de los servicios se ha visto impactado de forma negativa, “de arriba [del MSDS] decían, no hay plata pero a uno es que llega el paciente, llega el problema allá abajo [a la emergencia]”C2

A partir de esas restricciones, comenzaron a buscar opciones para paliar la situación y mejorar la atención en la emergencia, con el suministro de insumos y medicamentos acorde a la demanda “al comienzo hicimos una operación pote, pasiva y activa, en los comercios y bancos y en las calles .. Se hizo un proyecto de eso y fue copiado por [ambulatorios de la región] centro occidente porque era la única forma de solucionar C1

“Hicimos muchos estudios para ver como atendíamos a la emergencia con pocos recursos...un paciente en emergencia, se convertía en 3 pacientes: el enfermo, el que lo cuidaba, que veía qué no teníamos para atenderlo, y el que salía a medianoche a buscar la medicina y a pagarla al doble de lo que valía”C1

“[Se ideó trabajar] en ese tiempo con 2 stock, se hizo un proyecto para ello: una de emergencia, que lo tenía el médico en su espacio, un funcionario administrativo que pedía colaboración, en un recipiente -que podía abrirlo solo el director-, había sus excepciones, pero la mayoría aportaba.C1

El procedimiento funcionaba de la siguiente forma: “el paciente llegaba, el médico de emergencia le recetaba lo que le iban a poner en el día, el funcionario

administrativo en el día y en la noche, el médico y la enfermera le entregaba los medicamentos y solicitaba colaboración, con un monto establecido; la persona introducía la plata en un buzón como de iglesia y la directora abría todos los días la caja, compraban todos los días los medicamentos a reponer...eso era una situación terrible, pero en ningún momento se dejaba de atender a nadie, no podían decir que no los atendimos" C1

Paulatinamente se fue eliminando el pedido de colaboración, al regularizarse la entrega de recursos por el nivel central. Aun así tienen limitaciones para crecer, aunque tienen espacio para realizar ampliaciones, la falta de recursos financieros se lo impide

El servicio de salud, presenta un efecto paradójico, parte de las soluciones tomadas para mejorar la emergencia, han hecho que "la emergencia nos está aumentando a pesar de las restricciones que tenemos... la disponibilidad de recursos humanos técnicos hacen que esa percepción te diga de que te aumente la demanda" debido a "factores inherentes a la organización como son el horario, disponibilidad de equipo, de personal".C2

En los servicios de consulta, se atienden " 18, 16, pacientes.... por turno, es un estándar establecido: 4 por hora y 3 de primera consulta...es diferente si es médico general o especialista". Aun con restricciones "se trabaja, se trata de ver los pacientes" C4

A nivel de Dirección, existe una planificación de las metas a alcanzar durante el año, no obstante, lo planificado no coincide con la situación real, "nosotros hacemos planificación de metas pero el ambulatorio ya tiene que crecer, tenemos enormes limitaciones". De allí se desprende que el plan se realiza más para cumplir exigencia que con un enfoque estratégico,

Calidad percibida en el servicio

A partir del levantamiento de información en campo, con la encuesta diseñada para recoger la opinión de los usuarios de los servicios del AC, se obtuvieron los resultados cuyos porcentajes se presentan a continuación.

Cuadro 9. Información básica de entrevistados AC

Usuarios	1. Edad:	<20	20-30	31-40	>40
		10,28	59,81	25,23	4,67
	3. ¿Cuántas personas viven en su casa?	<5	5 A 10	>10	
		41,35	56,73	1,92	
	4. ¿Cuántos trabajan?	<3	4 A 6	>6	
		80,52	18,18	1,30	
	5. ¿Existe otro centro de salud en cerca de su domicilio?	SI	NO		
		48,08	51,92		
	6. ¿Es el primer embarazo?	SI	NO		
		39,81	60,19		

1. Perfil de los usuarios

La mayoría de los usuarios de los servicios de madres embarazadas y madres de niños menores de un año:

- Tienen una edad entre los veinte y treinta años,
- El grupo de personas donde vive, está compuesto por entre cinco a diez personas,
- De los cuales trabajan menos de tres de ellos,

- Y de las embarazadas, es su primer embarazo

Casi la mitad de las entrevistadas tiene un centro de salud cerca de su hogar.

2. Instalaciones del Ambulatorio

Cuadro 10. Calidad percibida en Instalaciones del AC

		<3	3 A 5	>5
Las instalaciones del ambulatorio:	9. El ambulatorio es fácil ubicarlo y se llega rápido a él	0	2,88	97,12
	10. Las instalaciones, externas e internas son agradables a la vista	0	4,81	95,19
	11. La señalización interna del ambulatorio permite ubicarse fácilmente	0,96	5,35	98,94
	12. Los espacios para esperar son cómodos	6,73	23,08	70,19
	PORCENTAJE	1,92	10,10	87,98

Una amplia mayoría, el 87,98 %, valora positivamente las instalaciones:

- Para la casi totalidad, la ubicación de las instalaciones son de muy fácil acceso,
- La infraestructura externa, es muy agradable a la vista y
- La señalización interna permite ubicarse muy fácilmente hacia los servicios.
- Sin embargo, para los espacios para la espera, la valoración más favorable, ya no posee la casi unanimidad de las opiniones, consideramos que esta opinión está asociada a las tres horas y diez minutos que en promedio

deben estar en espera, junto a que se encuentran o embarazadas o con un niño menor de un año.

3. Personal de atención del ambulatorio

Cuadro 11. Calidad percibida sobre la atención del Personal de atención del AC

		<3	3 A 5	>5
El personal médico y no médico del ambulatorio	13. La tratan con amabilidad y cortesía	0,96	9,62	89,42
	14. Tienen los conocimientos para resolver sus problemas cuando se presentan	0	6,73	93,27
	15. Están dispuestos a resolver sus problemas cuando se presentan	0	8,65	91,35 I
	PORCENTAJE	0,32	8,33	91,35

La mayoría tiene una opinión favorable acerca del personal de contacto en el servicio del AC

- Su trato es amable y cortés
- Poseen el conocimiento para resolver los problemas planteados y además
- Están dispuestos a resolverlos.

4. El servicio de salud prestado

Cuadro 12. Calidad percibida sobre los Servicios de Salud prestados en AC

		<3	3 A 5	>5
El servicio de salud	16. El horario y fecha que le asignan para la consulta es		8,65	91,35
	17. El tiempo de espera para la consulta es	7,61	23,91	68,48
	18. Los materiales y equipos que utilizan son suficientes y adecuados	4,81	23,08	72,12
	19. Le dedican el tiempo suficiente para una evaluación completa	1,92	9,62	88,46
	20. Se siente segura y confiada durante la consulta		5,77	94,23
	21. Le suministran una información suficiente y clara sobre su estado de salud		6,73	93,27
	22. Le suministran una información clara y suficiente sobre los medicamentos y el tratamiento a seguir		4,81	95,19
	23. Le piden y toman en cuenta sus opiniones cuando le suministran las recomendaciones	4,85	11,65	83,50
	24. El ambulatorio le suministra los medicamentos para todo el tratamiento	34,95	50,49	14,56
	25. Sigue las instrucciones del tratamiento por el tiempo que le indicaron	0,96	0,96	98,08
	PORCENTAJE	5,46	14,42	80,12

Los usuarios, aún cuando poseen en una mayoría apreciable una opinión favorable sobre el servicio recibido, tiene algunas diferencias entre los aspectos asociados al servicio:

- La casi totalidad está muy conforme con el horario y las fechas de las citas. Una de las razones de las citas, es que las embarazadas de primera consulta pueden ser atendidas el mismo día, dependiendo de la hora de llegada
- En el tiempo de espera, si existen divergencias con un porcentaje considerable que no tiene la mejor opinión sobre la espera. De nuevo, al igual que lo comentado en lo referente a las instalaciones de espera, el tiempo promedio de espera está en más de tres horas, lo que junto a las condiciones en que se encuentran las encuestadas, puede influir en este aspecto.
- De igual forma, existe un porcentaje considerable que no tiene la mejor opinión acerca de los materiales y equipos utilizados durante la consulta. Esto puede asociarse a comentarios realizados por empleados y médicos entrevistados, quienes plantean por una parte, la necesidad de renovar parte de los equipos que se utilizan en el AC pues tienen un uso mayor a la vida útil y por el otro, el impacto del déficit presupuestario en la compra de materiales.
- La gran mayoría de los usuarios, se sienten seguros y confiados durante la consulta, consideran que le suministran una información suficiente acerca de su estado de salud, así como del tratamiento a seguir. Además, siguen el tratamiento establecido por el Médico
- Baja un poco la opinión más favorable, en lo referente al tiempo que le dedican y a la solicitud de opinión sobre las recomendaciones dadas.
- Donde si no tiene opinión favorable la mayoría, fue en lo referente al suministro de medicamentos en la consulta.

5. Resultados globales

Cuadro 13. Resultados Globales AC

		<3	3 A 5	>5
Resultados, satisfacción	26. El ambulatorio tiene todos los servicios que necesita	9,78	50,00	40,22
	27. Su estado de salud ha mejorado y /o mantenido luego de las consultas	0,96	6,73	92,31
	PORCENTAJE	5,10	27,04	67,86
	28. Recomendaría estos servicios	SI	NO	
		99,04	0,97	

- Aún cuando la casi totalidad afirma que su salud se mantiene o mejora luego de la consulta y además recomendaría los servicios del AC, la mayoría considera que el ambulatorio no tiene todos los servicios que necesita para afrontar los aspectos asociados a su salud.

Ambulatorio del Sur de Barquisimeto

Historia y evolución del Ambulatorio del Sur

El Frente vecinal de los barrios del sur. “Al sur de Barquisimeto, se ubican varias comunidades suburbanas...” así comienzan varios documentos acerca del Ambulatorio u otras organizaciones de la zona, para referirse a las barriadas que se concentran entre el centro de la ciudad y las riberas del Río Turbio. San Juan, San Antonio, Santa Bárbara, Bombonal, Caja de Agua, Planeta, San Vicente, Santo Domingo entre otros, son los nombres dados, bien por los habitantes, bien por las administraciones públicas locales, regionales y nacionales para identificar a estas aglomeraciones de población que han sido creadas (varias, por individuos y familias que invadieron o se unieron en diferentes espacios para dar repuesta a sus necesidades de vivienda), crecido y se han consolidado durante varios años. En cada uno de estas localidades, existían problemas, algunos particulares y otros (como cayeron en cuenta con posterioridad) comunes, además en varios de los barrios, existían al principio, personas que se preocupaban en cómo resolverlos, pero sin contacto con las de otra localidad:

- En una de las comunidades, Caja de Agua, existía una agrupación cultural y deportiva, que se fue consolidando a finales de los setenta. Entre sus preocupaciones, estaban los malos olores que se desprendían de las actividades de algunas empresas fabricantes de pieles, o tenerías, ubicadas en el barrio y las enfermedades en la piel que muchos de los habitantes sufrían; una interrogante era recurrente en sus conversaciones “¿por qué en nuestro barrio somos tan bajitos, tan pasmados [desnutridos]?”
- Cercano a las diferentes zonas, en el barrio Santa Bárbara se encontraba el ambulatorio Dr Gualdrón, pero decidieron mudarlo, dejando al barrio y otros cercanos, sin centro dispensador de salud. Como respuesta, en 1980 líderes de esta comunidad comenzaron a gestionar un modulo de salud para el barrio; en el Consejo Municipal de Iribarren tenían un transporte de pasajeros equipado para odontología, pero no funcionó

porque en el barrio “no estuvieron de acuerdo en que fuera rodante”S1 y fue llevado a otra comunidad lejana, la Carucieña. “[Es posible que] por esa no conformidad, a lo mejor hemos logrado lo que hemos logrado”S1

- En otras comunidades, las personas se quejaban del “tierrero levantado pos los camiones que cargan agua en el llevadero [surtidores públicos de agua potable]”S1 y otros a su vez, estaban enojados porque las empresas de destilación botaban los desperdicios en los canales para el agua de lluvia.
- La preocupación por la contaminación ambiental que se expresaba en malos olores y enfermedades de la piel lleva a la comunidad de Caja de Agua a contactar a la gobernación y al Consejo municipal, para que “tomaran cartas en el asunto. Pero como la gente del gobierno no venia, comenzamos a tomar fotos para llevárselas”.S1

Comenzaron a tomar fotos de las descargas de aguas con malos olores, contaminadas por las tenerías que estaban en su barrio.

“Al ir por los zanjones y vías finales junto a los límites del barrio y cercanos al río, salimos de Caja de Agua y nos dimos cuenta que estábamos ya en Santa Bárbara... y se veía la misma situación “S1.

- “¿tendrán el mismo problema?” fue la pregunta que entonces surgió fue y de inmediato surgió el “reunámonos” como la mejor acción a tomar. Los intentos de contactar y reunir con personas de las comunidades se intensificaron

De las conversaciones comenzaron a ver que tenían problemas similares, con orígenes diferentes a lo largo de varias barriadas: las tenerías, la quema de caña (pues al otro lado del Río Turbio, de la ciudad de Barquisimeto y donde se asientan estas comunidades se cosechaba la caña de azúcar, en cuyo proceso se quema la caña), las destilerías, las cloacas, la “chicharronera y su crianza de cochinos”, el “llenadero de agua” de camiones cisternas y el polvorín de tierra levantado por estos (hoy, subsiste el debilitamiento del suelo por el agua sacada) y la anarquía del mercado popular de San Juan.

Causas diferentes, de acciones aparentemente desconectados, pero la preocupación era una sola “las consecuencias serían las mismas para las zonas, no podrían estar sanos si no se actuaban sobre todas las causas” S1

En 1986, nació el Frente Vecinal: “teníamos fuerza, unión, poder”. El problema común era la contaminación ambiental con diferentes causas e iguales consecuencias.

La repuesta útil a todos con la que se consiguió el consenso fue la consecución de un Ambulatorio para los barrios del sur. Surge entonces la idea de “el ambulatorio del sur” teniendo en mente una organización “como los que existían para solucionar problemas de salud” S1

En marzo del 87, al no ser oídos, realizan una movilización de calle hacia el Consejo Municipal, al no ser atendido irrumpen en las instalaciones, son escuchados y obtienen el compromiso de un presupuesto para parte del terreno.

Durante la campaña para la gobernación del estado Lara en el 89, la primera de la descentralización, el entonces secretario general de gobierno y candidato a gobernador promete ayuda para el terreno. Ya habían manejado la figura de cambiar terrenos por otro, y sugirieron la permuta de un terreno perteneciente a un empresario de la región, por otro en la zona industrial para que este construyera sus instalaciones. En esos tiempos comenzó a limpiar con maquinaria el terreno conversado.

Obtuvieron su primer presupuesto, pero se toparon con un problema en el terreno: parte había sido rellenado y por tanto no podía construirse de forma segura en él. Se trabajó el terreno para acondicionarlo, en el cual se invirtió la totalidad del primer presupuesto logrado.

En 1990 se colocó la primera piedra. Entre el 90 y el 93 fue construido el ambulatorio, “para lo que necesitábamos al Estado” y teniendo “siempre en mente ser colaboradores, solo colaboradores”S1

Al ver que el principal objetivo se estaba cumpliendo, cada líder y persona continuaron con sus actividades cotidianas en sus comunidades, se dispersó el frente vecinal, porque pensaron que “el estado va a poner a funcionar el ambulatorio”.

Pero ocurre que el ambulatorio, nunca fue (ni aún hoy ha sido) inaugurado, nunca un gobernador ha visitado a la organización “Ambulatorio del Sur”. En ese entonces surge de nuevo la preocupación “ se va a convertir en un elefante blanco...van a invadir la edificación”. S1

El proyecto Comunidad, Salud y Bienestar (CBS). En otra organización de la sociedad civil ubicada en la zona, la “Ciudad de los muchachos” organización dedicada a los jóvenes sin hogar, acude por razones de trabajo y de profesión un médico. La directora le hace referencia de la lucha comunitaria que se dio para obtener la construcción del Ambulatorio del Sur. Como parte de su trabajo en Fundasalud, a finales del 93 propone reunirse con los líderes de la comunidad para hablar sobre el centro de salud.

Nace el proyecto de salud comunitaria, Proyecto CBS (Comunidad, Salud, Bienestar), bajo la figura de Asociación Civil, sin fines de lucro. El 10 de mayo del 94 adquieren personalidad jurídica como asociación civil sin fines de lucro, para aprovechar cualquier recurso principalmente gubernamental y de otras fuentes.

Zárraga(2001), Médico especialista en Salud Pública, asesora en la creación del proyecto para desarrollar las operaciones asociadas a salud del movimiento: Comienza la formación en cómo administrar y gerenciar los recursos, como trazarse estrategias para recaudar fondos y rendir cuentas.

“ .. se intenta conocer a fondo la realidad del sector, expresar todas las situaciones, identificar las problemáticas, manifestar las expresiones y la sensibilidad de los sujetos. A la vez, se articulan los liderazgos y se fomenta el trabajo común a partir de los propios vecinos.

El proyecto CBS consiste en un plan de motivación, formación y organización de las comunidades del sur de Barquisimeto destinado a la participación e integración de las mismas en los siguientes aspectos:

- La lucha por elevar la calidad de vida
- La búsqueda por mejorar las condiciones de salud individual y colectiva
- La gestión administrativa del ambulatorio.” (Zárraga, 2001)

En lo educativo, toman posición con los postulados de Pablo Freire, la educación la asumen como una práctica de libertad.

La acción del Ambulatorio la conciben bajo tres valores

- Valoración del proceso y no sólo del producto final,
- Valoración del detalle, se deben cuidar los detalles en todo momento, para trasponer un comportamiento nacional que genera la intolerancia y la inequidad por no traducirse las metas y recursos dedicados a la salud en servicios óptimos.
- Valoración de lo local, asumen como “reto el demostrar en un contexto pequeño, cotidiano y abordable, lo que aspira para todo el país y desde sus logros imprime lo general, lo más amplio, repercutiendo en el sistema sanitario”

A partir de esos valores, plantearon su filosofía de gestión:

Misión

“Prestar un servicio de atención integral en salud a los habitantes de las comunidades del sur de Barquisimeto, mediante un modelo gerencial basado en la participación comunitaria, la promoción, prevención, saneamiento ambiental en papel protagónico del beneficiario, sirviendo de escenario para fomentar el compromiso con la vida, en todas sus dimensiones, la humanización, la democratización, la responsabilidad social para el logro de los objetivos planteados”.

Visión

“Llegar a ser la casa de la vida y no de la enfermedad”.

Objetivos del C.S.B

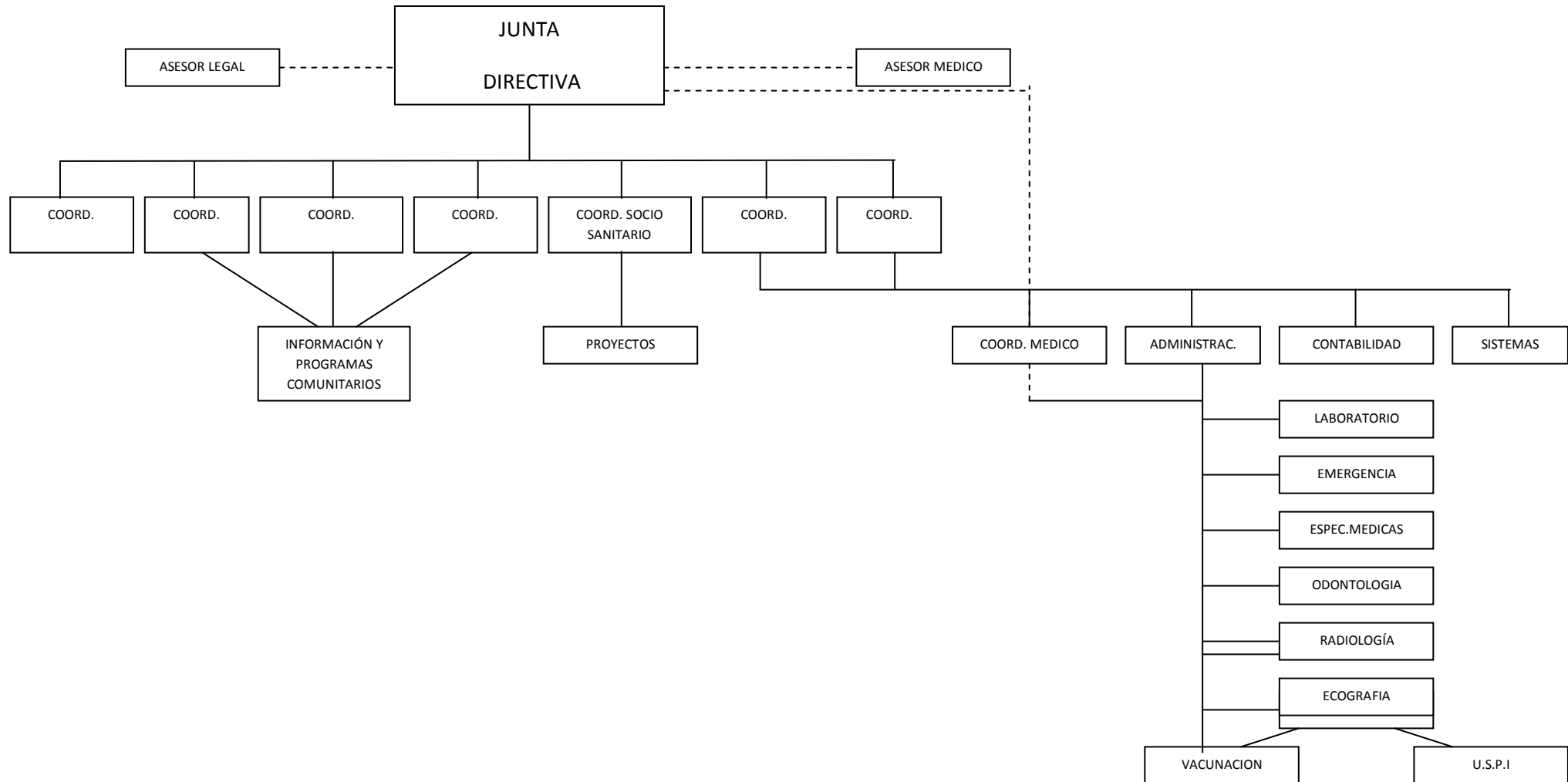
- “Determina y analiza las condiciones de salud ambiental, individual y social de la comunidad.
- Jerarquiza las necesidades, problemas y limitaciones esenciales de la comunidad.
- Motiva a los habitantes para la participación activa y sistemática.
- Implementa programas de educación para la salud y organización.
- Incentiva y apoya a modelos organizativos que integren a la población en una acción eficaz en respuesta al problema de la salud y a la búsqueda de vías de autogestión comunitaria.
- Se establece un modelo de Gerencia Comunitaria.
- Establece un plan orgánico de largo alcance por parte de la comunidad y el estado en materia de medicina preventiva y social.
- Fomenta acciones de una cultura para la vida.
- Desarrolla unidades de producción y apoyo económico al centro de salud (centro de reciclaje, ropero, bodega comunitaria, cafetín y microempresas)”.(Zárraga, 2001)

El 6 de junio de 1994 Comienza la primera consulta en uno de los espacios construidos, con un medico y una enfermera voluntaria. Para ese entonces, ya realizaban un presupuesto en función de las necesidades y comenzaron bajo la figura de la colaboración, en los primeros tres meses observaron que..... “esta cantidad no nos va a permitir cubrir los costos”.S1

La asamblea de la Asociación, decidió un monto a cobrar por consulta. El mecanismo continuó realizándose para ajustar la colaboración.

A partir de ese momento, comenzó a funcionar y crecer los servicios, necesitándose una forma de organizarse. En el cuadro anexo, se presenta el Organigrama

Figura. 8. Organigrama del Ambulatorio del Sur



Gestión del Recurso Humano

Procesos asociados. Existe un departamento de personal, donde se lleva a cabo la gestión del recurso humano. Realizan el presupuesto anual para la gestión del recurso humano, para el cual a la fecha, recibían del ente regional de salud, el equivalente al 1% de sus ingresos aproximadamente. Luego se les asignó una partida para el pago del bono de alimento. Sin embargo, hemos tenido problemas presupuestarios en aspectos donde dependen de recursos del sector público “Aquí presupuestamos todo y la cesta ticket [bono de alimentación según la ley] no estaba presupuestada [en el ente regional] para este año, sin embargo lo asumimos” S2

El personal ha sido estable en el tiempo, la rotación ha sido baja y la creación de cargos, en lo administrativo u obrero ha sido nula, “los cargos que hay son los que están desde el comienzo del ambulatorio”S2. El personal médico se ha incrementado con la evolución del AS y con el cobro de los servicios, limitado fundamentalmente por el espacio físico.

Cuadro 14. Personal del Ambulatorio del Sur año 2007

TIPO DE PERSONAL	
PERSONAL MEDICO	75
PERSONAL ENFERMERIA	12
PERSONAL EMPLEADO	30
PERSONAL OBRERO	8
TOTAL	125

Cuando comienza el funcionamiento del AS, todos eran voluntarios. Durante la evolución a lo que es hoy, la demanda de tiempo de las personas para las

actividades necesarias para el funcionamiento cotidiano del ambulatorio, hizo que se formalizara una relación de trabajo remunerado.

Las actividades rutinarias para la gestión diaria del AS, en función de las exigencias del entorno y de los objetivos de la CSB, hizo que se pasara de la figura de “un grupo de voluntario” a una gestión comunitaria. La presión hacia la dedicación de más tiempo para el AS, hizo que varios de ellos, descuidaran o abandonaran actividades de las cuales dependía el sustento individual y familiar. Eso los llevó a tomar la decisión de instaurar una gestión del AS, que dependiera de personas de la comunidad y regularizar una labor de trabajo por la cual sería necesario suministrar algún tipo de pago.

Lo anterior ha implicado para ellos, un mayor compromiso “quien más que nosotros para dar el ejemplo si me están pagando por 8 horas, tengo que trabajar 8 horas”. Además, “una cosa es la sociedad civil CBS y otra cosa es ambulatorio del sur...por eso tienen cargo en el AS y se les paga por ello, no por ser directivo, [sin por el cumplimiento de funciones del AS]... pero ahí hay de todo, obligatoriamente uno tiene que hacer de todo”S2

Hoy la relación está formalizada, incluyendo el seguro social y el bono alimentario.

Así, surgen dos sistemas diferentes: la Asociación civil, donde siguen siendo voluntarios y realizan actividades más allá del AS (deportes, radio comunitario entre otras) y el Ambulatorio como centro de salud, donde se mantiene una relación laboral y perciben sueldos y salarios y demás beneficios laborales, y cancelación por honorarios profesionales con el personal médico. Hoy, excepto el Coordinador Médico cuyo salario es cancelado por el MSDS, todas las personas que laboran en el AS, están dentro de la nómina que cancela la CSB.

El fin social de la organización, se convierte en criterio utilizado para el establecimiento de sueldos y honorarios. Los empleados plantean que: “aquí pagan bien, teniendo en cuenta que debe haber calidad social, que el 60% se tiene que ir al pago de honorarios médicos, al entrar uno sabe que tiene esa razón

social y no puede aspirar a tener sueldos de la P&G [Procter and Gamble], creo que están acorde con lo que están haciendo”S3

"todo el que trabaja aquí, tiene el sentido de pertenencia con el ambulatorio, como se cobra precios solidarios, los trabajadores cobramos salarios solidarios”S2

“como se cobra precios solidarios, los trabajadores cobramos salarios solidarios”S4

“uno lo hace porque quiere hacerlo, porque uno tiene vocación para esto "no cualquiera viene a hacer como la que nosotros hacemos”S4

Los aumentos salariales se realizan en función de los decretos gubernamentales: tanto la nómina fija, como los pagos por honorarios profesionales

Proceso de Capacitación. Dentro del diseño del proyecto rector del cual surge la experiencia del AS, está contemplada la educación como uno de los ejes fundamentales:

“Formación: comunicación y educación para la salud como instrumentos de concientización y maduración de los habitantes del sector alrededor de la temática sanitaria. Se idean una serie de paquetes formativos que incluyen los tópicos fundamentales de la salud comunitaria dentro de la estrategia de la atención primaria.”(Zárraga, 2001)

Si bien, la formación se hizo presente con mayor fuerza en los primeros tiempos del AS, por el aprendizaje de la gestión comunitaria, hoy se generan espacios para la formación, focalizada en las necesidades que surgen, esto es, no detectada en forma planificada: “se han estado dando unos talleres a personal: motivación al logro, satisfacción laboral, falta uno de relaciones interpersonales...[aunque] la gente que trabaja aquí tiene mucha calidad social....hace falta que nos recalquen, que nos digan. Hace falta ese conocimiento a veces lo conoce pero es necesario que te lo vuelvan a decir”S3

Relación con los profesionales de la salud. Una de las particularidades del modelo de gestión del AS, es la contratación del personal Médico por honorarios profesionales, basados en el criterio de productividad: del total del monto de la consulta, un porcentaje variable en función del especialista, le es cancelado. Los honorarios son negociados, generalmente previo al aumento del costo de las consultas, "el 50% para ellos y 50% para el AS igual los exámenes especiales, el mismo porcentaje, si no utiliza algún material. Si se utiliza material, el AS recupera dentro del costo cobrado, sólo el material, sigue el 50% y 50% del 100% lo recibido por el valor de la consulta el médico recibe entre 40-45%" S2

En cuanto a la relación de la administración del AS con los médicos, consideran de ambas partes, que se mantiene una relación de respeto, una buena relación "uno de los éxitos que hemos tenido es que los médicos que hemos tenido han comprendido lo que es el trabajo social" S1

En la relación laboral con los médicos, se encuentran tres figuras:

- i. Existen Médicos de plantas, por contrato, laboran 8 horas
- ii. La figura del Coordinador Médico, cuyo sueldo es cancelado por el gobierno nacional y para el nombramiento de la persona a encargarse, se negocia con Fundasalud, "siempre debe haber un coordinador, es el enlace con el personal médico y paramédico y con el ministerio...consolidan la información que [el AS] suministran al ministerio [MSDS]: los EPI, resultados, diagnósticos. es un registro que hay que llevarlo mensual ante el ministerio"
- iii. En su mayoría, el pago por servicio, se realiza, como se comentó arriba, por Honorarios profesionales, de acuerdo al número de pacientes atendidos. "es rentable para ellos, por la cantidad de pacientes que acude" "no hemos tenido problemas porque los hemos mantenido por lo que dice la ley[del trabajo], muchas veces por encima" S2.

Los médicos por su parte piensan que

- “es buena la relación, ... es el aporte para la comunidad...
- la experiencia con la gerencia comunitaria ha sido buena, nunca hemos tenido problema desde el punto de vista laboral, recibimos el pago en función del las consultas que realizamos en el día...
- las diferencias la hemos tenido cuando pedimos un ajuste....que es justo porque somos especialistas.....se lleva a conversación.....se discute....lo llevan y discuten en la junta directiva...ellos lo aprueban en el tiempo que creen razonable. Esas son las diferencias pero problemas como tal, no. “como médico especialista, exijo que se [respeten] unas normas dentro del consultorio y hasta ahora se me han dado, no he tenido problemas “S4

Gestión de los recursos financieros y materiales

El presupuesto del AS para el año 2007 es el siguiente

Cuadro 15. El presupuesto del AS para el año 2007

	2007
GASTOS DE PERSONAL	578.181,84
HONORARIOS PROFESIONALES	590.684,39
MATERIALES Y SUMINISTROS MEDICOS	337.334,65
REPARACIONES Y MANTENIMIENTO	38.823,52
RESTO EGRESOS	214.020,48
TOTAL EGRESOS	1.759.044,88

Los ingresos proceden en un 98% de fuentes propias, por el cobro de las consultas y el resto es aportado por el organismo estatal de la salud

Infraestructura y los Equipos. La mayor restricción que posee el AS para ampliar la diversidad y cantidad de servicios de salud, es la infraestructura física, ya que se encuentra construida en un terreno que no soporta construir pisos superiores.

Las mejoras se realizan a las instalaciones existente (por ejemplo recién se creó y equipó una sala de espera central)

Proceso presupuestario, de compras y relación con proveedores. No se realiza un presupuesto anual para los gastos, aun cuando realizan estudios comparativos de la cantidad de pacientes atendidos e insumos gastados y a partir de ello, proyectan. Con este dato, “van comprando, van planificando para comprar equiposgracias a Dios, el ambulatorio, por esos precios bajos ha tenido muchos pacientes”S3

El proceso es como sigue

- Los estados financieros se elaboran trimestralmente.
- Se reúne la comisión financiera que evalúa los estados financieros
- La proyección de los pacientes a atender :”en emergencia es permanente el número de pacientes que asisten por mes, fluctúa por día, pero no por mes...en función de eso [la demanda estimada]... almacén pasa lo que se va a usar en los siguientes meses..mayormente se compra trimestralmente....pero hay cosas que se compran semestral y otras, anual, por cantidad”S3
- Los servicios “pasan sus necesidades semanalmente, cada uno tiene un día establecido, se hace una requisición hacia el almacén, si es urgente, o no está en stock, almacén sube la necesidad[a la oficina de administración]”S3
- De acuerdo a la evaluación financiera y la liquidez, “se abastece...siempre se abastece”S4

- Se realizan las compras donde intervienen: Unidad solicitante, el almacén, la coordinación de administración, según el criterio “se compra en función de la disponibilidad y de la urgencia” S3
- Se negocia con el proveedor
- El pago se realiza a 15 días. Dependiendo de la capacidad de ambas partes y las necesidades puntuales, el proveedor da crédito a 30 días

Las instancias entrevistadas del proceso de servicio de salud, se encuentra satisfechas con el proceso: “las instancias de apoyo, nos surten oportunamente de lo necesario... uno tiene lo necesario y lo que falte lo pide y la organización lo da”. “el tener todas las herramientas y equipos, permite mayor rapidez en la atención porque se ven aproximadamente 20 pacientes por turno....

cuando se hacen solicitudes para el servicio, como ampliaciones, equipos, es raro cuando lo nieganellos saben que el beneficio es para el paciente como para la comunidad en general.. este es un servicio que esta para la comunidad” S4

La relación comercial con los proveedores se basa en dos aspectos: los precios de los artículos, por el impacto en el costo de la consulta y dado el fin social de la institución, es un punto clave; y por la política de pagos de la institución, que por tener ingresos propios, los lapsos son cortos, máximo a 30 días, en función del flujo de caja del AS “en cuanto voy teniendo, voy haciendo”. Declaran que “el ambulatorio siempre ha estado al día con los proveedores”. Como consecuencia de lo anterior, “hay proveedores que están identificados con el ambulatorio y te dicen te voy a dar un mes y no te voy a cobrar adicional”S3

Participación de usuarios

Relaciones con la comunidad. Existe una Coordinación Institucional dentro de la Asociación civil CSB que se encarga entre otras funciones, de promover al AS, consideran como parte de su producto, la imagen institucional que tienen: “Somos

modelo a nivel de autogestión en el país” “nos da satisfacción y el renombre que es muy importante en salud “S1

Para las relaciones con la comunidad existen varios mecanismos, la Asociación civil implementa varios programas asociados a sus objetivos:

- i. Funciona un consultorio fuera de las instalaciones del AS, en la capilla de la comunidad de Santa Bárbara, donde se prestan, de forma gratuita:
 - a. los servicios de Medicina familiar, de forma gratuita, que se encarga de visitar a las personas de la comunidad que no pueden acudir al AS
 - b. el servicio de odontología
 - c. la higienista promueve la salud bucal de la población
 - d. se encuentra el espacio para el cuidado de los “abuelos”, a los cuales, además de los servicios anteriores, se les suministran dos comidas al día.
- ii. Mantienen una academia de fútbol, con los servicios de salud asociados
- iii. Tienen lo que llaman “fundación la comuna solidaria” donde rescatan equipos como sillas de rueda, muletas, camas clínicas, collarines y realizan préstamos a otros pacientes.
- iv. Cuentan con el servicio de ambulancia, del MS, quien asume el pago del conductor. Los servicios y reparaciones son asumidas por el AS
- v. Tienen un programa radial en una estación comunitaria, canal para informar a la comunidad.

Como mecanismos para la relación con las comunidades, han utilizado las Asambleas comunitarias, para informar a la comunidad, dilucidar problemas y para la toma de decisiones colectivas. Al comienzo, cuando se estaba poniendo en ejecución el proyecto del AS eran frecuentes. En la actualidad se reúne la

Asamblea de fundadores de la CSB, compuesta por 32 personas de las todas las comunidades involucradas. La última se realizó en los seis meses anteriores al trabajo de campo.

"Ellos nos delegan a nosotros para hacer el funcionamiento [del AS] que sea adecuado. Son los únicos que pueden reelegir la directiva, si tienen quejas de un directivo, pueden optar por revocarlo" S1

No obstante, han tenido enfrentamientos con personas de la comunidad, "en el 96, con varias personas de la misma comunidad interna, traían personas engañadas para que se enfrentaran a nosotros" S1

Consideran que el diálogo es el mecanismo idóneo para superar estos conflictos "no hemos perdido la cabeza, decimos cambiamos una protesta por una propuesta" S1

"esto es producto de muchas luchas, pero nunca quemamos un caucho. [las nuestras,] eran unas protestas muy cívicas, unas protestas muy concretas, con propuestas de ir a los medios... dando razones"

Aún así, "vemos que hay personas de la comunidad que aún persiste en enfrentamientos"

Gestión del servicio

Los usuarios atendidos en el AC en los últimos tres años se especifican en el siguiente cuadro:

Cuadro 16. Usuarios atendidos en el AS entre los años 2003-2005

AÑO	2003	2004	2005
SERVICIO			
EMERGENCIA GENERAL	33.042	33.371	48.639
CONSULTA EXTERNA	60.704	66.999	76.131
LABORATORIO	30.465	32.83	31.754
INMUNIZACIONES	9.575	15.808	18.908
EXAMENES	9.287	25.267	48.737

De los cuales, en el 2005, fueron exoneradas del cobro de los servicios, 9.239 personas en el último año

Estos pacientes son atendidos en los siguientes horarios:

Cuadro 17. Servicio de Consultas en el AS

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO			
SERVICIO	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
1. Medicina General	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
2. Medicina Familiar	1		1		1		1		1					
3. Medicina Interna	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1			
4. Nefrología-Urología		1	1							1				
5. Dermatología										1				
6. Gastroenterología														
7. Cardiología	1		1		1		1		2		1			
8. Traumatología	1		1	1	1	1	1	1	1		1			
9. Ginecología - Obstetricia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
10. Pediatría	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1			
11. Cirugía Pediátrica				1							1			
12. Cirugía Adultos	1			1	1									
13. ORL							1		1					
14. Nutricionista						1								
15. Odontología	2	5	2	4	2	4	2	4	2	4	2			
16. Psicología-Psiquiatría		1				1								
17. Oftalmología	1		1		1		1		1					
18. Neumonología								1						
19. Microbiología				1				1						
20. Emergencia	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	

La cantidad de pacientes a ver en el día es variable por varias razones:

- El médico puede tener operaciones a realizar,
- Algunos servicios no son de atención diaria, incluso algunos son semanales y la demanda sobrepasa la capacidad del día
- Algunos servicios tienen una demanda muy alta, como ginecología que tiene 5 médicos especialistas
- "el ambulatorio no los obliga ellos lo hacen en su tiempo porque ellos trabajan por honorarios profesionales: depende de lo que vean depende de eso, van a cobrar"S4

Los médicos consideran que el tiempo de dedicación al paciente, " es menor a lo que desearía, porque son 20 y eso que son 2 pediatra en la mañana, no es posible darles más tiempo " La cantidad a atender diaria, es negociada con el médico "aquí no se obliga al médico a atender tanta cantidad de pacientes".

"ellos dicen 'hasta aquí, no mas' [pacientes por hoy].... a menos que sea emergencia"S4

La parte médica plantea que " la idea no es salir reventado, como decimos aquí... porque también somos madres, tenemos familia y también vive de la consulta privada....porque uno no vive solo de la consulta de acá, porque es poco el pago que uno percibe por consulta" S4

"[el pago por consulta es bajo], por eso uno debe ver un número de pacientes para ver el rendimiento semanal"

De lo anterior se desprende que pueden quedar pacientes sin atender por día debido a la capacidad de servicio"de 100, 10 pueden irse insatisfechos porque se anotan a las 7 y llegó a la 8 y media y no había cupo...".Esto genera conflictos con los pacientes que quedan sin ser atendidos, "yo hice mi trabajo y no tengo la culpa de que llego tarde" S3

La relación con el Estado

Están conscientes que necesitan del concurso del Estado, al ser parte del sistema de salud, asumen y respetan las políticas y procedimientos establecidos..." somos parte del sistema de salud, con el Ministerio de salud y desarrollo social, el

contacto es permanente, a través de la generación mensual de las estadísticas de morbilidad y mortalidad... siempre nos felicitan por la información... tenemos a veces mejores datos que ellos”S2. Participan en todas las actividades pautadas por las diferentes instancias de gobierno asociadas a la salud .. "hemos tenido records en el estado en las Jornadas de vacunación...nos felicitaron por el plan Bolívar 2000 como el mejor del estado, (por cierto... es la única vez que un gobernador ha ido al ambulatorio y no por las actividades de éste)”S1. El enlace es el médico coordinador quien elabora y presenta informes mensuales.

Defienden de forma reiterada, su autonomía del sistema político partidista, como uno de las características fundamentales que los ha consolidado como experiencia comunitaria y que preserva la continuidad del sistema. “no a la parte político partidista. En una oportunidad llevaron a un diputado sin consulta a la directiva de la asociación y lo sacaron. Luego el diputado estaba como presidente de la comisión de servicios públicos y se necesitaban sus servicios, nos acercamos con temor por lo pasado, y lo primero que hizo fue pedirnos disculpas por haber ido sin avisar”S1.

Sin embargo, consideran que las relaciones con el Estado pueden y deben mejorar, y consideran que son los gobiernos los que necesitan adecuarse a la realidad....”estamos completamente de acuerdo con la gratuidad de la salud.. pero no hay capacidad económica del gobierno para mantener al ambulatorio ¿quién paga los costos?. Queremos que esta experiencia se mantenga.” Y la comunidad usuaria de los servicios del ambulatorio los apoyan “la aceptación del pago y de la calidad del servicio se reflejan en las encuestas, y en trabajos realizados por otros... cuando tenemos oportunidad les mostramos los gráficos para que vean el poco aporte de los entes gubernamentales reflejados en la ‘torta’.”S1

Por eso, cuando algún gobierno les pregunta que necesitan, la respuesta es “una sola cosa... profundizar lo que hemos hecho, apóyennos”.

Saben que las relaciones con el Estado, son relaciones de poder y como tal deben estar atentos para no perder su autonomía “En el 2004 nos ofrecieron un Coordinador Médico pagado por el ministerio, vía comunicación escrita

agradecemos pero lo rechazaron por 'no necesitarlo' ¿por qué con esos recursos no nos dan enfermeras que si las necesitamos?" S1

"nunca nos hemos cerrado a ningún gobierno, los necesitamos, a pesar de que el apoyo ha sido menos del esperado" .Aún cuando la constitución actual establece la participación y el apoyo del gobierno, "en forma contradictoria, no conocemos personalmente a las actuales autoridades del sector salud regional o nacional de los últimos años"S1

La diversidad ideológica de los decisores del sistema junto a premisa de no politización, les ha permitido crecer y sostenerse en situaciones de agitación política; otras experiencias similares han desaparecido por tomar posiciones y enfrentarse al Estado "nos respetan, somos una realidad...además nos respetan por la eficiencia,[si no entonces] ¿por qué vienen de otros lados (fuera de la zona de influencia)?" S1.

Consideran que no han recibido el reconocimiento debido por parte de las instancias de gobierno "a la comunidad nos gusta que se reconozca el trabajo"S2, aún cuando en otras latitudes si lo han hecho "El doctor Martínez, en Perú en un congreso de la OPS (Oficina Panamericana de la Salud), se sorprendió al ver que la representación de Aruba exponía un caso de estudio exitoso: el Ambulatorio del Sur...'epa si yo trabajo ahí', fue la reacción...si, en Perú" S1.Además, están atentos a las actitudes y acciones de algunos funcionarios de gobierno "no nos conformamos con una palmada, reconocemos el populismo". S1

Dirección del Centro de salud

El criterio del manejo del AS por parte de la comunidad organizada en la Asociación civil Centro Comunitario de Salud y Bienestar bajo la figura de la autogestión, estuvo presente desde el diseño mismo de la experiencia (Zárraga, 2001), estipulando el aporte de recursos monetarios por parte de los usuarios para mantener el AS. Este aporte comenzó bajo la figura de "colaboración" por cada paciente atendido. Luego surge la necesidad de colocar un monto específico a la consulta y se realiza una asamblea de la comunidad para ello:

“se pidió colaboración porque íbamos a manejar la autogestión... [pero el promedio por consulta iba disminuyendo con el tiempo]..la gente no estaba entendiendo lo que es autogestión..así no íbamos a avanzar nunca. Hicimos una consulta comunitaria, presentamos la información de los tres meses: éramos eficientes y dábamos un buen servicio a pesar de tener un solo medico. La gente decidió que fuera 50 bolívares la consulta y de allí hemos venido evolucionando y creciendo como hasta ahora” S1

Cobro de servicios. Como Asociación, “Siempre hemos creído en la gratuidad de la salud, precisamente por eso nace el proyecto” y consideran que "uno de los éxitos [del AS y de CSB] es que los médicos que hemos tenido han comprendido lo que es el trabajo social"S1

Sin embargo y sobretodo luego de la entrada en vigencia de la Constitución de 1999, donde se proclama la gratuidad de la salud, han tenido presión de parte de diferentes actores, tanto de la comunidad como de otros sectores y localidades

“pero nosotros estamos tan tranquilo, porque esto lo sabe el gobernador, lo sabe el alcalde, esto lo sabe la ciudad de Barquisimeto, lo saben las universidades, esto lo saben muchas personas fuera de Barquisimeto: porque hemos estado en el primero y segundo congreso de salud comunitaria, hemos divulgado este trabajo....por eso el problema no es nuestro, el problema es del Estado”S1

Para el aumento de precio de las consultas en la actualidad se realiza generalmente cada año, tomando en consideración varios factores: el aumento de precio de los medicamentos, el precio que tengan otros servicios de salud que sean sin fines de lucro como ellos, el aumento en los costos generales del AS y la discusión con el médico para determinar sus ingresos. Consideran que:

"para ser una consulta especializada, aquí la consulta es muy baja [el costo al paciente] porque es comunitaria, es una labor social que uno está

prestando al ambulatorio...uno lo hace porque quiere hacerlo, porque uno tiene vocación para esto.” S4

“contamos con una gama de especialidades con laboratorio de primera, odontología, radiología y con profesionales”S3

Consideran positiva la autogestión:

“ esa autogestión es la que nos permite una mayor efectividad, permite dar una consulta especializada de lunes a viernes, mañana y tarde , existe la posibilidad de el médico consultar con otras especialidades para dar una mejor calidad al paciente” S4

“el servicio de pediatría "funciona porque funciona bajo el esquema no de gratuidad completa porque el paciente debe cancelar la consulta"S4

Algunos de los entrevistados han trabajado en otros centros de salud o en otros sectores. Hacen una comparación e indican que:

- En el AS suministran los recursos de una manera más oportuna y más cercano a lo necesario
- En el AS hay la posibilidad de realizar la inter consulta debido a la variedad de servicios
- Trabajar en salud es bastante difícil por el impacto que tiene en la comunidad
- En los ambulatorios administrados por el MSDS, los cargos están supeditados al presupuesto del centro y por tanto dependen de las necesidades de personal y del movimiento de estos, por lo que se puede tardar años para pasar a ser “fijo”.
- Existían cuatro consultorios de Barrio Adentro, hoy quedan dos (desconocen la razón) a los cuales se les ha prestado apoyo cuando lo han requerido.
- Consideran que no son ni un ambulatorio público, ni privado ni mixto, son un ambulatorio autónomo con fines sociales, que se mantiene por autogestión, con

criterio social: "todos esta claros [a todos los niveles] de que este es un trabajo social"

- Consideran que otros ambulatorios que funcionaron bajo esa figura en gestiones gubernamentales anteriores, no pudieron soportar la presión del Estado: "había una diferencia: era la mera comunidad la que estaba aquí con nosotros ..en cambio con ellos muchas veces era mixto: la comunidad y el ministerio y había recelo entre los dos grupos"S1
- Agregan que "si hubiera sido gratuito, esto se hubiera venido al piso, como un ambulatorio mas"S1

En resumen, "la angustia es perder la autonomía, porque nosotros tenemos una autonomía que nos ha dado un gran resultado...y si perdemos la autonomía se va a convertir esto en una cuestión burocrática" S1

Calidad percibida en el servicio

A continuación se presentan los resultados en porcentajes, producto del levantamiento de información en campo, con la encuesta diseñada para recoger la opinión de los usuarios acerca de su percepción de la calidad de los servicios del AS.

1. Perfil de los usuarios

Cuadro 18. Perfil de Usuarios en el AS

Usuarios	1. Edad:	<20	20-30	31-40	>40
		42,17	45,78	9,64	2,41
	3. ¿Cuántas personas viven en su casa?	<5	5 A 10	>10	
		36,23	59,42	4,35	
	4. ¿Cuántos trabajan?	<3	4 A 6	>6	
		84,29	11,43	4,29	
	5. ¿Existe otro centro de salud en cerca de su domicilio?	SI	NO		
		64,29	35,71		
	6. ¿Es el primer embarazo?	SI	NO		
		48,57	51,43		
	7. Número de consulta:	1	2 a4	5 a 9	>10
		2,90	65,22	27,54	4,35

En función de estos datos se podría afirmar que la mayoría de los usuarios de los servicios de madres embarazadas y madres de niños menores de un año:

- Tienen una edad entre los veinte y treinta años, donde resalta el porcentaje de menores de 20 años.
- El grupo de personas donde vive, está compuesto por entre cinco a diez personas,
- De ellos, trabajan menos de tres,
- Ha realizado entre 2 y 4 consultas

Mientras que de las entrevistadas, hay una proporción casi igual, entre aquellas que están en su primer embarazo, como las que han tenido más de uno.

Un alto porcentaje tienen otro centro de salud cercano. Dentro de las respuestas ofrecidas a por qué no haber acudido a él, llamó la atención que un alto porcentaje de las respuestas, el 38, 5% da como razón, la nacionalidad de los médicos que allí atienden.

2. Instalaciones del Ambulatorio

Cuadro 19. Calidad percibida sobre las Instalaciones del AS

		<3	3 A 5	>5
Las instalaciones del ambulatorio:	9. El ambulatorio es fácil ubicarlo y se llega rápido a él	0	0,00	100,00
	10. Las instalaciones, externas e internas son agradables a la vista	1,43	1,43	97,14
	11. La señalización interna del ambulatorio permite ubicarse fácilmente	1,45	3,10	98,46
	12. Los espacios para esperar son cómodos	1,47	7,35	91,18
	PORCENTAJE	1,08	3,61	95,31

La casi totalidad de la muestra valora positivamente las instalaciones del AS:

- Para todos, la ubicación de las instalaciones son de muy fácil acceso,
- Para casi todos, la infraestructura externa, es muy agradable a la vista y
- La señalización interna permite ubicarse muy fácilmente hacia los servicios.
- Así como la comodidad de los espacios de espera.

3. Personal de atención del ambulatorio

Cuadro 20. Calidad percibida sobre la Atención del Personal AS

		<3	3 A 5	>5
El personal médico y no médico del ambulatorio	13. La tratan con amabilidad y cortesía	0,00	5,80	94,20
	14. Tienen los conocimientos para resolver sus problemas cuando se presentan		1,45	98,55
	15. Están dispuestos a resolver sus problemas cuando se presentan	1,43	5,71	92,86
	TOTAL GLOBAL	1	9	198
	PORCENTAJE	0,48	4,33	95,19

El personal de contacto en el AS, es conceptuado con una opinión muy favorable:

- Su trato es amable y cortés
- Poseen el conocimiento para resolver los problemas planteados y además
- Están dispuestos a resolverlos.

4. El servicio de salud prestado

Cuadro 21. Calidad percibida sobre los Servicios de Salud del AS

		<3	3 A 5	>5
El servicio de salud	16. El horario y fecha que le asignan para la consulta es	1,43	2,86	95,71
	17. El tiempo de espera para la consulta es	4,29	17,14	78,57
	18. Los materiales y equipos que utilizan son suficientes y adecuados	0,00	10,00	90,00
	19. Le dedican el tiempo suficiente para una evaluación completa	0,00	4,29	95,71
	20. Se siente segura y confiada durante la consulta	1,45	0,00	98,55
	21. Le suministran una información suficiente y clara sobre su estado de salud		0,00	100,00
	22. Le suministran una información clara y suficiente sobre los medicamentos y el tratamiento a seguir		1,45	98,55
	23. Le piden y toman en cuenta sus opiniones cuando le suministran las recomendaciones	5,71	10,00	84,29
	24. El ambulatorio le suministra los medicamentos para todo el tratamiento	87,32	7,04	5,63
	25. Sigue las instrucciones del tratamiento por el tiempo que le indicaron	0,00	0,00	100,00
	PORCENTAJE	10,16	5,29	84,55

De manera global los usuarios poseen en su mayoría una opinión favorable sobre el servicio recibido. No obstante, tienen algunas diferencias entre los aspectos asociados al servicio.

En opinión de la gran mayoría:

- La casi totalidad está muy conforme con el horario y las fechas de las citas.
- Consideran que les dedican el tiempo suficiente.
- Se sienten seguros y confiados con el médico que los atiende.
- La información es completa y clara sobre su estado de salud y sobre el tratamiento a seguir, del cual sigue las instrucciones dadas.

Existen divergencias y opiniones desfavorables:

- Hay un porcentaje apreciable que considera que el tiempo de espera no es el adecuado. Lo que se explica por el tiempo promedio de espera obtenido de los datos, de 1 hora y 40 minutos
- Un 10% considera que no son adecuados los equipos y materiales utilizados.
- Un 15, 71% considera que no fueron consultadas o tomadas en cuenta sus opiniones al momento de decidir sobre las recomendaciones dadas.
- La gran mayoría no está de acuerdo con el suministro de medicamento en la consulta.

5. Resultados globales

Cuadro 22. Resultados Globales AS

		<3	3 A 5	>5
Resultados, satisfacción	26. El ambulatorio tiene todos los servicios que necesita	1,45	11,59	86,96
	27. Su estado de salud ha mejorado y /o mantenido luego de las consultas	0,00	4,29	95,71
	PORCENTAJE	0,72	7,91	91,37
	28. Recomendaría estos servicios	SI	NO	
		70		
		100,00	0,00	

La totalidad de los encuestados plantea que recomendarían los servicios de salud del AS, y para la casi totalidad de ellos, su salud se mantiene o mejora luego de las consultas.

Aún cuando una gran mayoría opina que el AS tiene todos los servicios que necesita, hay un porcentaje que no lo considera de manera tan favorable.

Análisis de los casos de estudios

Configuración de la organización y cultura organizativa

Estructura de los Centros de salud

La diferenciación e integración de las diferentes unidades de ambos ambulatorios es similar. Analizando la estructura que soporta a ambos centros de salud, se puede observar desde la perspectiva de las configuraciones a partir de los elementos básicos de la organización de Mintzberg y otros (1997), y desde en función de los procesos de producción, que toman la configuración que el autor llama Organización profesional u Organización burocrática profesional.

Con este tipo de configuración que según el autor se presenta en los centros de salud en general, se desarrollan las siguientes características y exigencias.

- La parte clave de la organización es el Núcleo de operaciones, lo cual se debe a dos razones: por una parte es el proceso productivo u operativo, donde se generan los servicios de salud, siendo un proceso clave en lenguaje de las prácticas de la calidad; la otra razón, es la diversidad de los diferentes tipos de servicios de salud que se prestan en estos centros. Este es el proceso de mayor impacto en la calidad del servicio de salud.
- Tienen unas características:
 - Tienen una configuración burocrática, pero se diferencian con la denominada configuración máquina, en que la estandarización necesaria para reducir la variabilidad de los resultados, no se realiza en los procesos de trabajo, sino en las habilidades de los operadores
 - estructura horizontal y altamente descentralizada el poder desciende sobre muchas decisiones, tanto operativas como estratégicas
 - existe poca necesidad de un tecnoestructura, cuya importancia se debe a las asesorías especializadas
 - por la independencia de los profesionales especializados en salud, además de cómo se comentó, la cantidad de unidades es grande, los gerentes de primera línea son pocos, como se observa en ambos

centros donde existe un Coordinador del área Médica y además, el personal de apoyo es numeroso para respaldar a los profesionales altamente apreciados

- La razón de ser de este tipo de organización con esta configuración está en que el entorno de los aspectos asociados a la salud presenta una complejidad y a la vez una estabilidad en la gestión: los individuos altamente capacitados enfrentan lo complejo de los problemas a resolver, y la estabilidad les permite trabajar con un amplio grado de autonomía.
- El principal mecanismo de coordinación se deberá realizar con la Estandarización de habilidades.
- Predomina el impulso hacia la profesionalización
- La estandarización se consigue por capacitación externa, de allí surge gran parte del poder que tienen los médicos en el servicio,
- Otras de las consecuencias de la estandarización de habilidades, es que se tornan clave las instituciones que los capacitan

La calidad depende de los recursos humanos, sus habilidades, capacidades y conocimientos para alcanzarla. La forma de operar el Ambulatorio del Sur posee algunas ventajas para conseguirlos:

1. Es autónomo en la selección y contratación de los profesionales de la salud
2. Posee mejores incentivos económicos, para poder tener a un personal acorde a las exigencias.
3. El profesional a su vez, tiene la capacidad de negociar su contratación en función de sus posibilidades y necesidades.
4. Tiene un aliciente para aquellos profesionales que deseen hacer labor social.
5. Los profesionales tienen suficiente autonomía de decisión, con un Coordinador médico para integrar los servicios.
6. La dotación de recursos es oportuna.

Difícilmente puede haber un servicio de mayor impacto que en salud, habida cuenta del efecto de ello en las personas y en la sociedad en general. Por ello consideramos necesario plantear las inquietudes que se vienen generando en la sociedad y en los gremios de salud, en cuanto al proceso de profesionalización, Díaz Polanco (2012) cita:

“Las prácticas profesionales (pasantías rurales) del Programa de Medicina del Decanato de Ciencias de la Salud UCLA, se realizan durante 10 semanas, en los Ambulatorios Rurales Tipo I y II, en los Estados Lara, Portuguesa y Yaracuy. (...) Hoy en día esos tiempos han quedado en el pasado. Hemos sido desplazados y excluidos, sin previo aviso, de los Hospitales Tipo I, de los Ambulatorios Rurales Tipo II y I, por la política populista que creó los Médicos Integrales Comunitarios. La masificación improvisada de jóvenes venezolanos, que tienen un título de Médico Integral Comunitario, pero que desconocen las dosis de medicación de pediatría, que en gran mayoría nunca han atendido un parto, entre otras carencias; es decir, jóvenes que fueron producto de un fraude académico, a través del Programa Nacional de Formación, promovido por el Ministerio de Educación Superior para la época, ocupan espacios que bien pudimos compartir. Profesor de la UCLA Héctor Allán Núñez S, representante ante el Consejo Universitario de esa casa de estudios.

El aspecto referido en el llamado de atención y preocupación de médicos docentes, tendrían, de continuar, un alto impacto en la calidad final de los servicios y de las metas de salud del sistema de salud, sobre todo, tomando en cuenta que los servicios en general, y los de salud en particular, dependen de los operadores, que en este caso son los profesionales de la salud, y cuya formación y especialización, es externa en su mayoría. Sin personal competente, más que un problema de calidad, se tornaría en un problema de salud pública con las consecuencias que los investigadores, académicos y ejecutores plantean al hablar de ello.

La Gestión de los Recursos

El Recurso Humano

Ambos ambulatorios, han venido soportando un incremento en la demanda de sus servicios con las presiones que ello conlleva. La diferencia entre ellos se observa en aspectos distintos: en el AS no tienen espacio físico hacia donde crecer; mientras que el AC, las presiones para un mejor desempeño se focalizan en la necesidad de recursos suficientes y oportunos para atender la demanda.

En cuanto a la cantidad del personal, resaltan dos aspectos:

- La cantidad de personal del AC es más del doble del AS; de los cuales, el personal obrero es el de mayor impacto con un 51,3% del total del personal del AC. Pero también habría que considerar (no es el objetivo de esta investigación), que existe hospitalización en el AC
- El personal médico del AS es casi tres veces el perteneciente al AC, con tiempos para el servicio menor, lo cual puede aminorar la carga de trabajo en exceso planteado por el personal médico del AC. En contra del AS estaría que aún teniendo diversidad en la oferta, habría que estudiar la cantidad de servicio ofrecido en cada uno. La apertura o cierre de servicios depende más de las posibilidades médicas, que de un estudio de la demanda.

La motivación del personal. En el AC, las restricciones financieras producen un efecto pernicioso sobre la gestión del recurso humano y sobre los trabajadores en general, a partir de dos consecuencias que se generan:

- Existen vacantes que no pueden ser ocupadas por no haber presupuesto, lo que genera presión sobre la carga de trabajo en servicios y ocasiones puntuales, que se convierte en un aspecto crítico que impacta en forma negativa, a la motivación del trabajador y a la calidad del servicio.

- Los trabajadores emigran a otros centros en la búsqueda de opciones mejores, razón al parecer generalizada en los ambulatorios públicos "hemos sido uno de los sectores más golpeados". Entre las razones:
 - El bajo sueldo y

"en todos los ambulatorios hay cargos vacantes por no ser atractivo, "aquí tenemos 5 cargos de residentes vacantes"C2

"el residente maneja la parte fuerte, el grueso del ambulatorio...ganan 1300-1500 [Bolívares Fuertes, cercano al sueldo mínimo nacional, para ese momento], un poquito más ahorita". "desde enero tenemos 2 cargos vacantes [para especialidades] pero no es atractivo para un medico, por el sueldo" C1
 - La ausencia de beneficios adicionales o seguridad social

"no tenemos beneficios...HCM, nosotros no tenemos nada de eso"C2
 - A lo que se adiciona el problema de oportunidad del presupuesto y las fallas en la política ministerial sobre los ascensos y concursos.
 - La pregunta realizada por uno de los entrevistado, resume las consecuencias de la falla en la política ministerial en recursos humanos "¿cómo haces tú para que la gente entre al sistema público?" porque los factores de motivación como el "salario, las posibilidad de mejorarse, de capacitarse, el estímulo al mejoramiento profesional,...no estancarse...[están ausentes], ese es el sistema público de salud"C2.
- En el AS, el recurso humano se encuentra en una mejor situación, al menos en lo económico. El mecanismo de contratación con los profesionales de la salud, es por honorarios profesionales, y el mecanismo del pago por usuarios atendidos, les ha funcionado. Se debe adicionar un aspecto que es determinante y consecuencia de la naturaleza del este ambulatorio: Los profesionales de la salud contratados, asumen la cultura de la organización, sus valores de institución con fines sociales, que se convierten en premisas

al momento de establecer las relaciones con el AS en general, y en las negociaciones de honorarios en particular.

"todo el que trabaja aquí, tiene el sentido de pertenencia con el ambulatorio, como se cobra precios solidarios, los trabajadores cobramos salarios solidarios"S4

"como se cobra precios solidarios, los trabajadores cobramos salarios solidarios"S3

"uno lo hace porque quiere hacerlo, porque uno tiene vocación para esto "no cualquiera viene a hacer como la que nosotros hacemos"S4

Capacitación. Otras de las aristas que la disciplina de la calidad tiene como fundamental para el desarrollo de la calidad en las organizaciones es el desarrollo de las competencias y habilidades de los trabajadores en general, y de aquellos que están en los puestos clave por el impacto directo sobre la calidad.

En ambos ambulatorios, este proceso no está instaurado como tal, se realizan algunas capacitaciones, pero la mayor de las veces, este desarrollo de conocimientos y habilidades, lo hace cada persona en función de sus necesidades y posibilidades. Y para los aspectos asociados con las prácticas de la calidad, es inexistente.

Los Recursos financieros y materiales

En cuanto al recurso financiero, existe una diferencia importante entre los dos centros de salud.

El AS, por ser autogestionado, con cobro de los servicios, posee unos ingresos que permiten mantener un flujo de caja que permite afrontar de mejor manera las necesidades del centro; mientras el AC depende de los recursos, en cantidad, calidad y oportunidad, que el sistema de salud a nivel nacional les conceda.

El AC, tiene que realizar una gestión con un presupuesto que ha sido el mismo, esto es, reconducido desde hace una década. Esto genera efectos negativos:

- La demanda de servicios va acorde a una población en aumento en su área de influencia, no así los servicios ofertados.
- Se depende, para su funcionamiento cotidiano, de los recursos extraordinarios de la nación, que posibilite la entrega de recursos vía créditos adicionales.
- La oportunidad de los recursos, en este caso, la falta de ello, impacta en forma negativa en los costos de los servicios, por no tener capacidad de negociación para adquirirlos.
- Los ingresos reales, son transferidos luego de tener meses funcionando, si bien es cierto que el presupuesto público en el país, permite comprometer recursos financieros, el no saber con cuanto, ni cuando contarás con ellos, imposibilita una gestión eficiente de los mismos.

En el AS, aún cuando poseen unos mecanismos que posibilita una flexibilidad en el manejo de los procesos de trabajo, por el flujo de caja, no existe un mecanismo como el presupuesto anual en función de unos objetivos delimitados. Responde más a las presiones del trabajo cotidiano “cuando voy teniendo, voy haciendo” S3. Hasta el momento, consideran les ha funcionado (no existen investigaciones que ilustre la realidad), pero pueden ocurrir situaciones en el entorno, que les dificulte la gestión diaria y puedan no haber desarrollado a plenitud, la capacidad de responder con escasos recursos.

En cuanto a los recursos materiales, existen situaciones que resaltan:

- En el AC, producto de las restricciones presupuestarias, no tienen capacidad de conseguir los materiales en forma oportuna, sobre todo si se le adiciona la dificultad para los proveedores debido al control de divisas. Los equipos médicos, sólo pueden ser reparados desde que crearon una partida para ello, pero el no tener autonomía para gestionar recursos, la mayoría de los equipos médicos están acordes a su fecha de compra, que data de la creación del AC.

- La oportunidad para acceder a ello, se ve disminuida por lo referido anteriormente sobre la cantidad y oportunidad en el envío de recursos financieros.
- El entorno ejerce unas presiones actuales y potenciales que permiten observar el impacto sobre la calidad y más aún, sobre la viabilidad de los sistemas estudiados:
 - Para el AC, está la dependencia del funcionamiento de su sistema rector, con todas las fallas acumuladas y no atendidas; y de los recursos, por su origen y manejo, se depende de unos ingresos petroleros, cuyo valor no es controlable por el Estado venezolano.
 - Para el AS, lo planteado en la constitución sobre los derechos a la salud, ha creado una fuente de tensión debido al cobro de los servicios, ...”estamos completamente de acuerdo con la gratuidad de la salud.. pero no hay capacidad económica del gobierno para mantener al ambulatorio ¿quién paga los costos?. Queremos que esta experiencia se mantenga.”S1

Y están conscientes de las presiones que están y que se incrementarán “la angustia es perder la autonomía, porque nosotros tenemos una autonomía que nos ha dado un gran resultado...y si perdemos la autonomía se va a convertir esto en una cuestión burocrática” S1. De allí que en el ambiente queda la interrogante: si pasan a depender del nivel central del sistema de salud, ¿qué pasará con el ritmo, cantidad y oportunidad del presupuesto público?, ¿la gestión cotidiana mantendrá sus resultados actuales?

Las relaciones con el entorno

Relaciones con el ente Rector de la salud

En las relaciones con el Estado como rector de la salud en Venezuela, el AC es un ente público perteneciente al ministerio de salud, con autonomía relativa para operar, dada las restricciones de recursos. Por esa condición la red de

comunicación fluye sin mayores problemas al igual que el flujo de información para el funcionamiento de los organismos. La restricción se encuentra en lo burocrático de los procesos y mecanismos asociados a los recursos financieros instaurados a nivel central, que retrasa y disminuye la eficiencia del uso de recursos.

En el AS tienen conciencia de pertenecer a un sistema de salud, y actúan en función de ello. La información exigida por el rector, es consolidada y suministrada por el Coordinador médico, persona perteneciente a la nómina del MSDS. Los ruidos en los canales de comunicación e información, provienen por otras causas, fundamentalmente políticas. Mantienen dentro de sus postulados, la no politización, lo que les ha generado tensiones en los últimos años, dada la situación política del país, sin embargo, hasta el momento las instancias del Estado “nos respetan, somos una realidad...además nos respetan por la eficiencia, ¿por qué vienen de otros lados (fuera de la zona de influencia)?” S1

Es necesario resaltar de nuevo, el hecho de la inexistencia de una política expresa sobre la calidad de los servicios de salud, que incluya no sólo el acto médico, sino aspectos que se refieren al usuario antes y después de ese encuentro.

Relación con los Proveedores

La relación con los proveedores, es otro de los aspectos de la gestión organizacional, donde la disciplina de la calidad ha introducido un cambio sustancial. Los proveedores son factores clave y de alto impacto en la calidad del servicio de cualquier organización, por lo tanto, debe existir la preocupación por desarrollar una relación que permita a ambas instituciones, crecer sanamente; para sí poder tener acceso a unos insumos de calidad, oportunamente.(Camisón y otros, 2007; Jurán y Godfrey, 2001)

En el AC, la relación no es la idónea, se dependen de unos recursos escasos e inoportunos, esto hace que los proveedores financien el funcionamiento del centro, con una relación de desventaja para el AC, al tener una baja capacidad para negociar.

Si bien resulta diferente en el AS, el costo de los insumos y la inflación del país, atentan contra uno de los aspectos valorados por la organización y los usuarios, el precio de las consultas. Adicionalmente, no está instaurada la planificación del proceso de obtención de recursos en general.

Cultura organizativa

Una de las variables que se torna clave en el funcionamiento en general de cualquier organización, es la cultura organizacional que se va formando con el tiempo, moldeando las actuaciones sus miembros. Desde la óptica de los planteamientos de Luhmann, lo asociado a los aspectos culturales, se constituyen en premisas para decidir, que no han sido decididas, como la mayoría de las acciones que se realizan (o se dejan de realizar) de manera conscientes en el trabajo cotidiano de cualquier organización. Los autores, investigadores y académicos de la calidad, se han hecho eco de los planteamientos venidos de las disciplinas que la estudian (Rodríguez, 2006; 2005).

La cultura organizacional es, como se planteó en el marco teórico, una de las variables de alto impacto en la calidad de los productos y servicios, debido a su manera de funcionar. Si bien el estudio de los casos tenía dentro de sus objetivos el conocer la manera de funcionar los procesos y no el estudiar cómo cambiar la cultura hacia la calidad, si consideramos importante hacernos una idea de algunos aspectos constitutivos de la cultura organizacional de los centros de salud abordados. A continuación se presentan situaciones encontradas sobre esta variable.

El Ambulatorio del Sur. En el espacio de funcionamiento coexisten el Ambulatorio del Sur y la Asociación civil que los gestiona, dos sistemas con lógicas complementarias pero con un grado de diferencia que permite entender que, además de la configuración especializada descrita en la sección correspondiente, también se presentan rasgos de características de la Organización misionaria (Minztberg y otros,1997). Entre ellas están

- Los miembros son estimulados a mantenerse unidos, por tanto la división del trabajo es difusa, con poca especialización de puestos (más allá de la especialización de los servicios médicos).
- los miembros comparten los mismos valores, lo cual se convierte en clave para dirigir los esfuerzos hacia una misma dirección.
- Al observar el proyecto del diseño que dio vida al AS, resalta su énfasis en la socialización, mediante parámetros de adoctrinamiento (Zárraga, 2001).

“la gente que trabaja aquí tiene mucha calidad social....hace falta que nos recalquen, que nos digan. Hace falta ese conocimiento a veces lo conoce pero es necesario que te lo vuelvan a decir”S3

- De las organizaciones misionarias pocas llegan a ser muy grandes, pues dependen del contacto de sus miembros, aunque tienden a generar “otros enclaves bajo la forma de unidades relativamente independientes que comparten la misma ideologías” (Mintzberg y otros, 21997).

El hecho de ser gestionado por una organización comunitaria sin fines de lucro, y con casi dos décadas de existencia, ha hecho que esta socialización haya permeado a todas las instancias del AS, pasando a ser una de los aspectos culturales que mayor impacto tiene

Los médicos opinan que “la experiencia con la gerencia comunitaria ha sido buena, nunca hemos tenido problema desde el punto de vista laboral, recibimos el pago en función de las consultas que realizamos en el día” S4

Mientras que desde la Asociación civil expresan que "uno de los éxitos que hemos tenido es que los médicos que hemos tenido han comprendido lo que es el trabajo social"S2

En cuanto a la historia, en el AS tiene un peso fundamental debido entre otras cosas, a que tienen presente que el AS es producto de una lucha que comenzó al primero tomar conciencia de la salud como un problema, luego de entender que

varias comunidades cercanas tenían este problema en común. De allí surgió una unión comunitaria que se dispuso a solucionar este problema en particular, dado el impacto negativo de varios problemas ambientales comunes; se organizaron y obtuvieron recursos. Luego contaron con la participación de personas especialistas en salud pública, a partir del cual generaron un proyecto que han venido instaurando, teniendo como centro principal el Ambulatorio del Sur.

Lo anterior ha sido fundamental en la evolución en el tiempo, y en las decisiones que a diario se toman. Desde este aspecto, tienen un camino construido, en común, hacia las formas de pensar en calidad.

El Ambulatorio de Cabudare. Este centro posee una historia diferente. Ha sido producto de la planificación y diseño de los organismos rectores de la salud en Venezuela.

Esto le adosa, parte de los aspectos culturales que se presentan en los centros de salud pública. Aún así, el hecho de haber convivido la mayoría por más de dos décadas, y haber pasado por vicisitudes comunes, ha hecho que se propenda a un trabajo en equipo.

[es un personal que tiene] "muy pocos vicios.... lo catalogo, dentro del ministerio como un personal A1 [excelente]...tienen mucho tiempo. Los que más rotan son los médicos residentes, porque son cargos de formación, que duran 2 años... ya estamos para jubilar a la mayoría, diría al 80% ...es un personal de calidad" C1

"yo creo que debemos estar por encima de los estándares a pesar de las enormes limitaciones...en mismo nivel [Ambulatorio tipo III], somos unos de los mejores, no me queda la menor duda"C2

Los Servicios de salud y su calidad

Oferta de Servicios. Al contrastar los datos de ambos ambulatorios en cuanto a cantidad de servicio, tenemos las siguientes cifras totales para los servicios prestados durante el lapso 2004 - 2006 en el cuadro

Cuadro 23. Cantidad de Servicios AC y AS

SERVICIO	AÑO	2004	2005	2006
1. AMBULATORIO DEL SUR				
EMERGENCIA GENERAL		33.371	29.026	32.918
CONSULTA EXTERNA		50.174	65.396	56.862
TOTAL		83.545	94.422	89.780
2. AMBULATORIO DE CABUDARE				
EMERGENCIA GENERAL		50.853	54.123	60.179
CONSULTA EXTERNA		67.065	69.610	69.080
TOTAL		119.922	125.738	129.259
DIFERENCIA 1-2		36.377	31.316	39.479

Se puede observar la diferencia en la magnitud de los ambulatorios: el AC atiende en promedio, un 40.2% más que el AS, en cuanto al total de servicios.

Sin embargo, al analizar los tipos de servicios por separados, se obtiene que la diferencia está en la cantidad de usuarios de la emergencia atendida, donde el AC atiende en promedio, un 73.89% más pacientes que el AS; mientras que en las consultas externas, el porcentaje de atendidos por encima del AS, se ubica en 16.31% en los tres años presentados. Lo anterior se explica porque el AC es un centro de salud público que funge de referencia a todo el municipio Palavecino y Simón Planas del Estado Lara. De allí que se corrobora lo planteado por personal directivo del AC: “funcionamos como un hospitalito”^{C1}. De hecho, en los últimos

años, ha estado en construcción las instalaciones para pasar a ser un Hospital Urbano tipo III.

En cambio al contrastar las especialidades asociadas a la mujer embarazada y los niños menores de un año, hay un cambio a favor del AS, con un 26,77% más de atención, ver Cuadro 24

Cuadro 24. Cantidad de Servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia en AC y AS

SERVICIO	AÑO	2006
1. AMBULATORIO DEL SUR		
PEDIATRIA		9.232
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA		7.929
TOTAL		17.161
2. AMBULATORIO DE CABUDARE		
PEDIATRIA		6.996
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA		5.581
TOTAL		12.577
DIFERENCIA 1-2		4.585

Resultados en Calidad. En las siguientes tablas se presentan la consolidación de los resultados de las encuestas realizadas para conocer la calidad de servicio percibida por los usuarios de los Ambulatorios, AC y AS. La encuesta se aplicó a embarazadas y madres de niños menores a un año. El Alfa de Cronbach para la confiabilidad interna de la encuesta fue de 0.78.

Para el análisis cruzado de los casos, se consideró reagruparlos de forma diferente al del análisis de casos individual, básicamente debido a los resultados obtenidos:

1. Por un lado, no existe una clara diferencia en la calidad de servicio de estos centros.
2. Adicionalmente, no existen políticas del ente rector, y de los centros estudiados, para la implantación de prácticas para el desarrollo y sostenimiento de la calidad, con eficiencia.

Por ello, se consideró analizar desde los planteamientos realizados por la OMS (Murray y Frenk, 2000) en cuanto a las metas de los sistemas de salud, focalizándonos en dos de las tres metas:

1. el servicio directamente asociado a la mejora o mantenimiento de la salud, como factor clave en la salud individual y
2. la capacidad de repuesta, donde asocia variables asociadas a la meta anterior, pero que no influyen de forma directa en la salud.
3. Además de los ítems asociados a la satisfacción de los usuarios, tema de la investigación

Por los objetivos del trabajo, no se consideró el aspecto de equidad en la contribución financiera.

Los agrupamientos fueron realizados, de la siguiente forma

1. En los servicios asociados a la Salud, se consideraron los ítems de la encuesta que tienen relación con la interacción médico- paciente,

- a. Tienen los conocimientos para resolver sus problemas cuando se presentan
 - b. Los materiales y equipos que utilizan son suficientes y adecuados
 - c. Le dedican el tiempo suficiente para una evaluación completa
 - d. Le suministran una información suficiente y clara sobre su estado de salud
 - e. Le suministran una información clara y suficiente sobre los medicamentos y el tratamiento a seguir
 - f. El ambulatorio tiene todos los servicios que necesita
 - g. El ambulatorio le suministra los medicamentos para todo el tratamiento
 - h. Sigue las instrucciones del tratamiento por el tiempo que le indicaron
2. Se calculó un promedio para el agrupamiento anterior, pero sacando del grupo, el suministro de medicamento, por ser uno de los ítems donde los entrevistados estuvieron en desacuerdo por mayoría con la afirmación de la encuesta, para así visualizar mejor el servicio como tal.
3. El grupo de “Respeto a las personas”
- a. La tratan con amabilidad y cortesía
 - b. Están dispuestos a resolver sus problemas cuando se presentan
 - c. Le piden y toman en cuenta sus opiniones cuando le suministran las recomendaciones
 - d. Se siente segura y confiada durante la consulta
4. El grupo de “Orientación al usuario”
- a. El ambulatorio es fácil ubicarlo y se llega rápido a él
 - b. Las instalaciones, externas e internas son agradables a la vista
 - c. La señalización interna del ambulatorio permite ubicarse fácilmente
 - d. Los espacios para esperar son cómodos
 - e. El horario y fecha que le asignan para la consulta es

- f. El tiempo de espera para la consulta es
5. La satisfacción con el servicio
 - a. Su estado de salud ha mejorado y /o mantenido luego de las consultas
 - b. Recomendaría estos servicios

Los datos fueron entonces ordenados en cinco grupos, y por las medias y desviaciones estándar de los ítems particulares obtenidos en las encuestas de cada centro. Los resultados de los promedios y las desviaciones estándar, tanto agrupados como en lo individual presentados, se muestran en la tabla siguiente:

Cuadro 25. Media y Desviación estándar consolidado por los grupos de de la encuesta.

	AS		AC	
	MEDIA	DESV EST	MEDIA	DESV EST
1. SERVICIO MÉDICO	6.18	1.98	6.00	1,69
2. SERVICIO MÉDICO SIN INCLUIR MEDICAMENTO	6,87	0,61	6,39	1,26
3. RESPETO A LAS PERSONAS	6,80	0,83	6,56	1,03
4. ORIENTACION AL USUARIO	6,72	1.00	6,40	1,20
5. SATISF SERVICIO MEDICO	6,91	0,50	6,82	0,80
Nº MUESTRA	70		104	

Cuadro 26. Promedios y Desviaciones estándar por ítem de la encuesta en cada centro de salud

		AS		AC	
1	El ambulatorio es fácil ubicarlo y se llega rápido a él	7	0	6,88	0,55
2	Las instalaciones, externas e internas son agradables a la vista	6,9	0,59	6,79	0,65
3	La señalización interna del ambulatorio permite ubicarse fácilmente	6,73	0,99	6,62	1,04
4	Los espacios para esperar son cómodos	6,61	1,13	5,85	1,59
5	La tratan con amabilidad y cortesía	6,83	0,87	6,52	1,02
6	Tienen los conocimientos para resolver sus problemas cuando se presentan	6,24	1,54	6,65	0,66
7	Están dispuestos a resolver sus problemas cuando se presentan	6,73	0,83	6,51	0,82
8	El horario y fecha que le asignan para la consulta es	6,87	0,56	6,65	0,73
9	El tiempo de espera para la consulta es	6,86	0,84	5,61	1,65
10	Los materiales y equipos que utilizan son suficientes y adecuados	7,00	0,00	5,99	1,47
11	Le dedican el tiempo suficiente para una evaluación completa	6,94	0,34	6,49	1,15
12	Se siente segura y confiada durante la consulta	6,39	1,57	6,78	0,74
13	Le suministran una información suficiente y clara sobre su estado de salud	6,83	0,56	6,76	0,74
14	Le suministran una información clara y suficiente sobre los medicamentos y el tratamiento a seguir	6,94	0,38	6,84	0,56
15	Le piden y toman en cuenta sus opiniones cuando le suministran las recomendaciones	6,84	0,56	6,21	1,44
16	El ambulatorio le suministra los medicamentos para todo el tratamiento	1,34	1,40	3,35	1,81
17	Sigue las instrucciones del tratamiento por el tiempo que le indicaron	7,00	0,00	6,90	0,66
18	El ambulatorio tiene todos los servicios que necesita	6,60	1,10	5,09	1,87
19	Su estado de salud ha mejorado y /o mantenido luego de las consultas	6,83	0,70	6,71	0,89
20	Recomendaría estos servicios: 1.SI 2.NO	7,00	0,00	6,93	0,69

De las tablas se pueden resaltar los siguientes resultados

Servicio Médico. De los agrupamientos realizados, el servicio médico posee la menor de las ponderaciones, y entre los centros, es el AC quien posee el promedio menor.

- Una de las razones de la diferencia, es la valoración dada a lo referente a los conocimientos para resolver sus problemas cuando se presentan. Llama la atención que, aún cuando no es críticamente bajo el puntaje dado, existe una diferencia apreciable entre ambos centros. Este valor repercute en la percepción global del servicio, y se torna crítico, al estudiarlo bajo la luz de los llamados de atención realizados por profesionales del área y docentes, sobre la formación de los profesionales de la salud.
- Los materiales y equipos que utilizan son suficientes y adecuados. En esta valoración resalta la unanimidad de los encuestados del AS sobre la adecuación de los materiales y equipos, coincidiendo con las aseveraciones del personal médico y administrativo de ese centro: “las instancias de apoyo, nos surten oportunamente de lo necesario... uno tiene lo necesario y lo que falte lo pide y la organización lo da”. “el tener todas las herramientas y equipos, permite mayor rapidez en la atención porque se ven aproximadamente 20 pacientes por turno”S4
- Existe una puntuación alta, sin diferencias apreciables entre ambos centros, en lo concerniente al tiempo dedicado en la consulta, los usuarios consideran que la evaluación fue completa en el tiempo que se les dedicó. Sin embargo se debe recordar la opinión médica en el AS quien considera que debería haber más tiempo con algunos tipos de pacientes.
- El suministro de información, sobre la salud y sobre las recomendaciones a seguir, obtuvo una alta valoración en ambos centros de salud.

- Igual resultó con la variedad de servicios, consideran que los centros poseen los servicios que necesitan. Sin embargo, se considera necesario estudiarlo a fondo, a la luz de los planteamientos de la OMS sobre la interconexión de los servicios.
- De acuerdo a la opinión de los usuarios, la casi totalidad, sigue el tratamiento dictado por el médico. De esta variable, es necesario plantear lo importante de la decisión de ir a un centro de salud, como factor clave para el mantenimiento, restitución y prevención de la salud, ya que una vez tomada la decisión de acudir, el usuario cumple su papel, aun cuando no se le suministra los medicamentos.
- El valor que determinó el bajo promedio global de la dimensión denominada Servicio Médico, es el asociado al suministro de medicamentos para todo el tratamiento. Este ítem se introdujo, debido a que los usuarios lo consideran como un incidente crítico, como un elemento importante que afecta la calidad de los servicios de salud. En ambos casos el suministro de medicamentos es muy bajo, con un porcentaje muy bajo en el AS, el cual si bien es cierto posee una farmacia de precios bajos, la variedad de medicamentos es bajo, se asocian a la inflación y a la capacidad de pago de los usuarios del AS. En del AC, llama la atención el bajo puntaje, aun existiendo programas en el sector público sobre suministro de medicamento.

La capacidad de repuesta. Otra de las metas intrínsecas de los sistemas de salud en general, es la capacidad de repuesta de éstos a las necesidades legítimas de la población....[y] excluye expresamente las expectativas de mejoras de salud” (Murray y Frenk, 2000). Estos autores, consideran que esta meta se compone de dos aspectos: el Respeto a las personas y las Orientaciones al usuario.

En cuanto al Respeto a la persona, la valoración en ambos ambulatorios fue alta, con un ligero margen y una dispersión en las opiniones menor, al AS.

- El trato es considerado satisfactorio, en coincidencia con las entrevistas realizadas a los usuarios para el análisis de incidentes críticos, donde plantearon lo importante que el trato del personal, en ambos casos, hablaron de la existencia del buen trato, fundamentalmente del médico; mientras que en forma negativa, valoraban a “algunas” enfermeras.
- El AC obtuvo una puntuación menor cuando en cuanto a la disposición a resolver sus problemas, lo que se puede asociar, al igual que el punto anterior, al trato que los usuarios consideran que reciben del personal del centro
- Uno de los aspectos relevantes para la OMS, es la confianza y seguridad del paciente como expresión del respeto a la persona como derecho. En este caso, ambos ambulatorios presentan valoraciones favorables en ambos casos; se considera importante sin embargo, observar que en el caso del AS existe un porcentaje muy bajo, del 1,45% que emite una opinión desfavorable, pero que se debe considerar dada la importancia referida.

En cuanto al otro componente de la capacidad de respuesta, la orientación de los usuarios, aquellos aspectos que afectan a la satisfacción del usuario, pero no relacionado con la mejora en la salud, los resultados muestran:

- Ambos centros de salud, son de fácil ubicación y de acceso rápido. Esto es debido a la ubicación de las instalaciones, las dos están en sitios céntricos y por donde transita una variedad de transporte público. El menor puntaje recibido por el AC, puede explicarse por ser un centro al que acuden desde sitios de toda la geografía del municipio, e incluso de un municipio anexo al de su sede.
- Las instalaciones, externas e internas son agradables a la vista. Uno de los aspectos que resalta en ambos centros, es la limpieza y orden de sus instalaciones. Sólo consideramos recordar que ambos tienen unas causas que atentan contra esto: el AS no tiene espacio hacia donde

crecer; y el AC tiene restricciones presupuestarias para responder oportunamente a los problemas de infraestructura, pero se mantienen en buen estado. El AC tiene una ventaja adicional con respecto a otros centros de salud: la zona donde se ubica tiene un bajo índice de heridos por armas de fuego.

- Uno de los aspectos de mayor referencia en la literatura en general, es el asociado al tiempo de espera como variables clave en los servicios en general, y en los servicios de salud, en particular. De allí que el usuario le preste mayor atención a los espacios de espera. Por lo anterior, se explica que, aun cuando valoran con puntaje alto las instalaciones de los centros estudiados, esta valoración disminuye al momento de hablar de los espacios para esperar y su comodidad. En el AS, por las restricciones de espacio, uno de los incidentes críticos mencionados, fue el del ruido acumulado en la sala de espera, la cual es única para todos los servicios.
- El horario y fecha que le asignan para la consulta es el esperado. Esto se puede asociar a la motivación que tienen tanto las embarazadas, como las madres niños de un año, a cumplir con las consultas siguientes; y el diseño de estos servicios responde a esa secuencia de consultas durante un lapso definido.
- Existe una diferencia apreciable entre los ambulatorios con respecto al tiempo de espera para la consulta. En el AS es valorada favorablemente por la mayoría, mientras que en el AC, el valor tiende a un valor medio en cuanto a calificación. La explicación está en el tiempo promedio de espera en ambos centros, en el AC es de más de 3 horas, mientras que en el AS, la mayoría es mayor a una hora, casi la mitad.
- La satisfacción con el servicio, relacionada con percepción de mejoría o mantenimiento de la salud por parte del usuario, es alta en los dos centros de salud.
 - En cuanto a la mejoría o mantenimiento del estado de salud, la percepción de la gran mayoría es favorable, lo que se puede

asociar a los tipos de servicios estudiados, están asociados a la necesaria continuidad de recurrir a las consultas.

- La Recomendación de los servicios del ambulatorio, sería una consecuencia de la percepción global que los usuarios tienen de los servicios recibidos. En ambos casos, aun con las restricciones vistas en algunos de los ítems, la opinión es casi el máximo valor en ambos

Capítulo IV

**La Calidad y su Gestión en Sistemas Organizacionales
como Redes de Procesos**

La Calidad en los Sistemas Organizacionales como Redes de procesos.

Las áreas temáticas en torno a las cuales gira la investigación en ejecución: la calidad desde la perspectiva de los usuarios y la gestión de las organizaciones con la incorporación de la gestión de la calidad como una de sus aristas, tienen un punto en común: aún cuando en algunas de ellas, existen experiencias y cuerpos de investigaciones, todas están en construcción desde el punto de vista teórico – conceptual, lo que torna árido el campo de confluencia y ahonda la tesis sobre la obsolescencia de los conocimientos actuales para explicar una realidad que lleva una velocidad de cambio mucho mayor a la actualización de estos.

Partiendo de allí, se llevó a cabo la investigación para obtener referentes teóricos desde el punto de vista de los diferentes autores de las áreas en estudio, y además tuvo como referencia empírica, una investigación en dos centros de salud ambulatoria y su forma de trabajar para alcanzar resultados en calidad. Esta transitó por diversas fases y etapas, con una dinámica recursiva, de un ir y venir entre la teoría y los hechos, en forma no lineal y más cercano un “movimiento espiralado”, (Vieytes, 2004). Los aspectos teóricos, permitieron obtener en una primera etapa un modelo referencial que sirvió de guía para realizar el estudio empírico,

Luego, junto a los resultados empíricos encontrado, se trató de consolidar un modelo que pudiera encontrar ese punto intermedio entre las guías teóricas y que pudieran reflejarse en la acción cotidiana. Para ello, se tuvo presente aspectos que para Rodríguez, (2005) deben tenerse en cuenta al momento de realizar un modelaje sobre el funcionamiento de una organización:

- El modelo es una abstracción, esto es, se dejan fuera de consideración todos los aspectos concretos, propios de alguna organización particular y por esto puede no coincidir con la realidad.
- El mismo constituye un marco conceptual que tiene un valor ordenador, interpretativo del funcionamiento organizacional.

- Sirven como parámetro, como guía para la comparación y estudio de organizaciones particulares entre sí o como patrón para comparar estas organizaciones concretas con el modelo abstracto.
- Coloca en relieve, aspectos que se consideran útiles para el estudio que se desea realizar, dejándolo en un contexto que se presente como fondo donde resalta lo fundamental para el investigador.

En particular, el modelo utilizado en principio se realizó buscando que tuviera las siguientes características:

- Un nivel lo suficientemente amplio para que puedan coexistir diversas perspectivas de forma coherente, los aspectos teóricos asociados a las organizaciones, la calidad y su gestión.
- Partir de aspectos teóricos con amplio resonancia en el campo de estudio.
- Utilizar un nivel teórico general que permitan eludir en lo posible, los aspectos sesgado hacia alguno de los diferentes enfoques escogidos para el acercamiento a la realidad.

Lo anterior implicó, que fue cambiando a lo largo de la investigación, introduciendo otros aspectos, hasta llegar a un modelo final, referido a la realidad emergente de las relaciones entre las formas de gestión y los resultados en calidad (Rodríguez, Gil, González, 1999; Ander Eggs, 2000; Vieytes, 2004; Martínez Miguelez, 2006).

En los primeros capítulos de la tesis, se desarrollaron los temas asociados a la investigación de donde surgieron las ideas teóricas centrales sobre la dinámica organizacional, sus relaciones con el entorno y sus resultados en calidad, lo que junto a los resultados del trabajo en centros de salud, permitió conformar como resultado, un modelo que consideramos, contiene los criterios presentados y que pudiera permitir explicar y responder las inquietudes iniciales.

Una vez abordado los diferentes enfoques teóricos que estudian a las organizaciones y sus formas de gestionarlas, en esta sección presentaremos el

modelo elaborado. Es necesario acotar que su construcción se realizó junto a las revisiones y análisis de información y por tanto, hubo cambios en ese camino.

La definición de organización, construida asumiendo la teoría de sistemas, desde de la perspectiva de la teoría de Luhmann y para su gestión, en el enfoque de procesos de la disciplina de Gestión de la Calidad, es la siguiente:

Las organizaciones son sistemas socio técnicos diferenciados de su entorno, en los cuales una red de comunicaciones tematizadas en decisiones, diseñan, producen y controlan la forma de operar en una red de procesos limitados por la forma de estructurarse y por premisas decididas, construidas de manera reflexivas o no en el tiempo. Estos procesos al actuar de forma interconectada en tiempo real, transforman unos insumos en unos productos y/o servicios al interior o al entorno; y para que pueda reproducirse el sistema organizacional, satisface las necesidades y expectativas de las personas y grupos, de manera recurrente.

Este concepto de organización se soporta y a la vez permite establecer criterios y características de las organizaciones con referentes teóricos en autores reconocidos en su campo, que se tornan útiles al momento de estudiar y gestionar las organizaciones:

Es una red de comunicaciones

- En la operación cotidiana, el sistema se va construyendo y construye comunicaciones en forma de decisiones que se toman para el corto, mediano y largo plazo en los diferentes niveles organizacionales: operativos, de apoyo y gerenciales; dejar de hacerlo, reflexivamente o no, es una decisión. (Luhmann, 1991 y 1995; Rodríguez 2005 y 2006)
- La interacción entre el sistema organizacional y su entorno, presionará hacia la realización de las adaptaciones internas necesarias en la estrategia, el diseño organizativo, la estructura y los procesos para que el sistema organizacional pueda sobrevivir. (Lawrence y Lorsch, 1987; Mintzberg y otros, 1997)

- Las premisas para cada decisión tienen dos fuentes: una que responde a las decisiones realizadas acerca de cómo decidir y otras que proceden de los valores, hábitos y prácticas instauradas en la organización, las cuáles son cuestiones no decididas en forma reflexiva. Esta última fuente proviene de la Cultura organizacional (Luhmann, 1991 y 1995; Rodríguez 2005 y 2006; Mintzberg y otros, 1995)
- La cultura organizacional tiene un componente, la cultura hacia la calidad, que impacta a los resultados de la organización en esa rama. (Ishikawa, 1981; Deming, 1989; Jurán y Gryna, 1995, Cantu, 2001).

Es un sistema diferenciado de su entorno y adaptado a él.

- Las organizaciones son sistemas abiertos al entorno, con una relación de contingencia con él. No puede haber organización sin entorno o entorno sin organizaciones. La unidad sería sistema/entorno (Lawrence y Lorsch, 1987; Luhmann, 1995).
- Sin embargo, siendo abiertos al entorno, como todo sistema autopoiético, son operacionalmente cerrados, quiere decir que sus procesos vitales son producidos recursivamente dentro del sistema, el entorno sólo puede “irritar” al sistema, y los únicos contactos con ese entorno, será a través de acoplamientos estructurales con otros sistemas, organizacionales o no. (Maturana, 2007; Luhmann, 1995)
- El entorno siempre es más complejo que la organización. Para hacerle frente o reducir esta complejidad, la organización conjuga diferentes factores y se diferencia. Por ello, una organización poco diferenciada, se podrá relacionar con un entorno poco complejo. (Ashby en Luhmann, 1991 y 1995; Rodríguez 2005 y 2006)
- Esta complejidad del entorno, puede denominarse como una variedad ambiental (Thompson, 1994), para lo cual, la organización debe responder con una variedad de factores organizacionales, tanto de recursos como

capacidades, para poder estar adaptada al entorno, como forma de sobrevivir (Ashby en Kagono y otros, 1994).

- La posibilidad de lograrlo dependerá de la forma como obtenga, desarrolle y utilice estos factores, es decir de su capacidad para manejarlos y para generar unos productos y/o servicios con unas características determinadas. El grado de capacidad aumenta o disminuye producto de la dinámica organizacional en el tiempo y diferencia a un sistema organizacional de otro similar. (Grant, 1991; Sánchez, Heene y Thomas 1997; Lado y Wilson, 1994)
- La organización establece un modelo por el cual guiará sus decisiones para relacionar y adecuar sus factores organizacionales a la variedad ambiental. Este modelo constituye la estrategia. Esta estrategia puede ser establecida a priori por la organización, pero si no, de todos modos su comportamiento responderá a un modelo relacional de adaptación al entorno.(Mintzberg 1992 , Thompson, 1994)
- Para operacionalizar la estrategia, la organización realiza un diseño organizacional, que genera una diferenciación de sus partes para adecuarse al entorno y además genera mecanismos para mantener estas partes integradas como un todo (Lawrence y Lorsch, 1987). Este diseño se traducirá en patrones de comportamientos en la ejecución de sus actividades, conocido como la estructura de la organización. Al igual que la estrategia, el diseño y la estructura resultante, pueden responder a decisiones realizadas de forma reflexiva, o reacciones del sistema para adaptarse a los cambios en el entorno. (Mintzberg y otros, 1997, Capra, 1996).
- Para que el sistema organizacional sea una unidad con su entorno, se requiere que deba aprender “sobre lo ocurrido” y “por ocurrir”, esto es, estar permanentemente informado sobre el entorno, y aprender sobre sí mismo para adaptarse a él, puesto que siempre, el entorno será más complejo que el sistema. (Maturana, 2007; Luhmann. 1995; Nonaka, 1994)

Funciona en tiempo real, mediante una red de Procesos

- En su actuar, la organización se diferencia en subsistemas para realizar las funciones que le permiten estar en constante adaptación y cambio junto al entorno. Cada subsistema posee su racionalidad y objetivos a perseguir (Katz y Khan en Katz, 1989).
- Para poder obtener resultados, productos o servicios en cada subsistema o entre ellos, se realizan un conjunto de actividades, denominados procesos de trabajo, a partir de los cuales, en tiempo real, se transforman los insumos en productos que estarán destinados a satisfacer necesidades de otros procesos o personas internas, o de personas u organizaciones distintas a la organización que los ejecuta. Es una red de procesos. (Jurán y Gryna, 1995; Falconi, 1992, 1994; Camisón, Cruz y González, 2007)
- Las características del resultado, producto o servicio, son siempre variables (Shewhart, 1939) y dependen de la forma como esté estructurado el proceso y de la forma como se interrelacionen y coordinen en tiempo real todos los elementos necesarios para generarlos, además de factores no pertenecientes al proceso pero que influyen en él. (Jurán y Gryna, 1995; Garvin, 1999; Camisón, Cruz y González, 2007).

Genera productos y servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de las personas o grupos

- Todos los procesos, subsistemas y sistemas pasan por etapas de diseño de los métodos para transformar insumo en producto, por la generación de los mismos, por etapas de verificación o control de los resultados, y de rediseño o readaptación. Este es el ciclo de gestión de cada proceso, que por extensión, también se aplica a las actividades. Estos cambios, impactarán a las características de los resultados, productos o servicios, internos y externos, así como al comportamiento global de la organización (Shewhart, 1939; Deming, 1989; Jurán y Gryna, 1995).
- De la forma como las características de cada resultado, producto o servicio se ajuste a los requerimientos o expectativas que el usuario tenga de él,

dependerá la calidad del resultado, producto o servicio. La calidad sólo se establece en la relación usuario – producto/ servicio/ resultado. Por tanto, la calidad es subjetiva y posee gradaciones, no es absoluta. Además, posee un carácter transversal: en todos los procesos se “construye” la calidad propia de sus resultados, productos, servicios internos o externos, y éstos a su vez, influyen en la de los otros procesos. (Ishikawa, 1981; Deming, 1989; Falconi, 1992 y 1994; Parasuraman, Zeithaml y Berry 1993; Camisón, Cruz y González, 2007)

- En las organizaciones, se realizan actividades para adecuar la calidad de sus resultados, productos o servicios, a los requerimientos y expectativas de los usuarios, lo que sería la función calidad. El conjunto de principios, prácticas y técnicas para ejecutar la función calidad en las organizaciones, se conoce como Gestión de la calidad si está diferenciada, aún cuando estas actividades pueden estar siendo realizadas por diversos actores de las otras funciones. (Jurán y Gryna, 1995; Camisón, Cruz y González, 2007)
- A todos los procesos y a todas las personas se les exige, o se espera que tenga calidad en sus resultados, productos o servicios, por tanto es necesaria conseguir la calidad a lo largo de la generación de los productos o servicios. Esto es, existe la calidad en el diseño para la adecuación del diseño resultante a los requerimientos del usuario; la calidad de conformidad, si se reproduce el diseño durante la elaboración del producto o servicio; la calidad de entrega, en la medida que esta entrega sea oportuna y en cantidad y lugar acordes para el usuario y la calidad de mantenimiento o post venta, si se asegura que el producto o servicio cumpla sus funciones más allá del momento de entrega a la vez que se toman las acciones necesarias para equilibrar lo entregado, con lo ofrecido y con las necesidades y expectativas del usuario. (Ishikawa, 1981; Deming, 1989; Parasuraman, Zeithaml y Berry 1993; Falconi, 1992 y 1994; Jurán y Gryna, 1995; Camisón, Cruz y González, 2007).

Los Procesos en la interacción de sistemas en la organización con su entorno

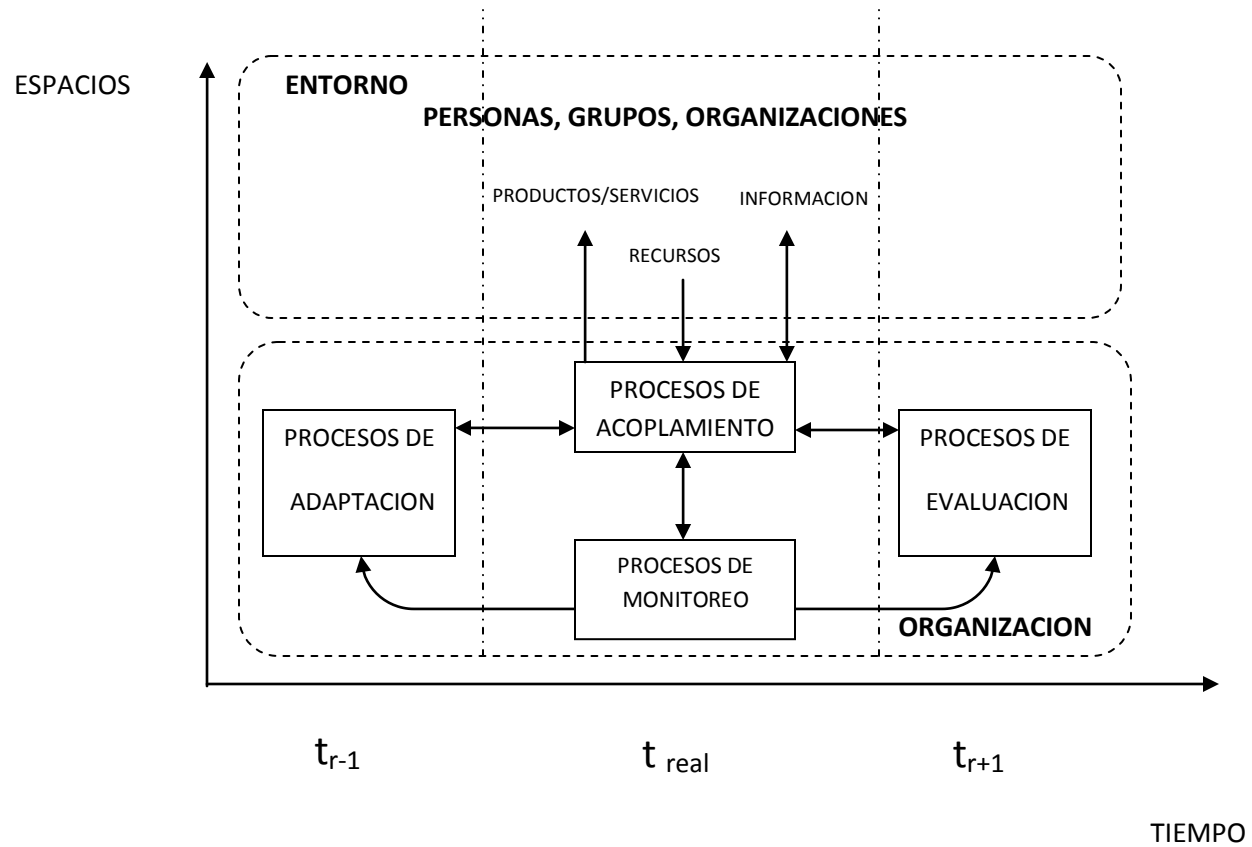
Si bien las organizaciones son sistemas abiertos al entorno, y redes de comunicación tematizadas como decisiones, son cerradas operativamente y establecen y reproducen sus procesos, a través de procesos. En el desarrollo de la investigación, fue surgiendo el problema de cómo acotar un espacio para relacionar aspectos que se visualizaban como importantes, algunos con pesos específicos de tal magnitud que podrían minimizar a otros. Observando el desarrollo de las áreas de estudio que en un principio y por nuestras limitaciones producto de la formación académica, considerábamos disímiles, se podía ver un elemento común a todos: los procesos de trabajo. Y esto es así, porque sólo son los procesos de trabajo, los que generan resultados en tiempo real, valga decir, son los únicos que le permiten a una organización disminuir las presiones desde los diferentes frentes hacia ella, algunas, siguiendo a Luhmann, con “intenciones” de destruir el sistema organizacional.

Para que cobrara sentido lo investigado, nos centramos en los procesos de trabajo, donde confluyen todos los recursos y esfuerzos de una organización, además de ser responsables de generar productos/servicios/resultados que les permiten acoplarse al entorno y así garantizar la sobrevivencia como sistema. Pero existe una multiplicidad de tipos de procesos, cada uno con sus objetivos y lógicas distintas, y a veces contradictorios.

Nos centramos entonces, en la necesidad del sistema organizacional de permanecer adaptado al entorno, constituyendo una unidad y de allí, se establece una diferenciación de los procesos de acuerdo a su función. Unos permitirán acoplarse al entorno, otros a “pensar” en cómo adaptarse y otros a vigilar que ello ocurra.

A partir de este criterio de diferenciación, se presenta el siguiente modelo que, tomando los procesos como nivel de análisis (Garvin, 1992), permite ordenar aspectos claves como los referidos.

Figura 9. El Sistema Organizacional y la Red de Procesos para adaptarse al Entorno.



Elaboración propia.

El modelo se basa en la unidad del sistema con su entorno, y para ello debe acoplarse a él. Dentro de los elementos considerados están:

1. Los intercambios con las personas, grupos y organizaciones que en están en el entorno, y que son relevantes para el sistema organizacional.
2. Los diferentes tipos de procesos, que pueden ser diferenciados en cuatro categorías:
 - a. Procesos de Acoplamiento: donde estarían todos aquellos procesos que le permiten el intercambio con el entorno. Sin ellos, el sistema organizacional no sería visto como tal por otros sistemas en el entorno. En cuanto a la relación con el entorno del Sistema organizacional, se ejecutan en tiempo real.
 - b. Procesos de Adaptación: procesos dirigidos a realizar los diferentes cambios necesarios para que el sistema esté siempre en las condiciones que requiere el entorno. Estos cambios pueden tener magnitudes diferentes, desde adecuar al proceso de acoplamiento hasta mejorarlos. Se ejecutan previos a la siguiente realización de los procesos de acoplamiento.
 - c. Procesos de Evaluación: Procesos encargados de establecer el estado alcanzado por los procesos en general para mejorar su desempeño. Se basan en los resultados finales de procesos, por ello se realizan luego de la ejecución de los mismos.
 - d. Procesos de monitoreo: Se podrían considerar parte de los de evaluación, pero la diferencia radica en que se realizan en forma concomitante con los de acoplamiento, para ir adecuando el rumbo. Por ello su estudio se centra en los recursos y métodos que se están utilizando en tiempo real.
3. Detrás de lo planteado, está el hecho que la toma de las decisiones acertadas para el funcionamiento de los diversos procesos, no sólo estarían reflejadas en procesos específicos a nivel de la Alta Dirección como se plantea en la mayoría de modelos que se derivaron de los planteamientos de la Administración clásica, sino que en cada proceso habrá decisiones

que tomar en cada momento, por personal de distintos niveles. Estos Procesos de gestión, son aquellos que procuran los diferentes recursos y las diversas formas de actuar, para que los procesos en general y los de acoplamiento en particular, puedan ser llevados a cabo. Se convierten en el medio para que se generen las decisiones dentro del sistema organizacional.

4. Se constituye entonces una red de decisiones que se forman por la comunicación de las personas y grupos que intervienen en la red de procesos. Claro está, la división del trabajo continúa para reducir la complejidad interna, y los impactos serán mayores a medida que los responsables abarquen mayor cantidad de procesos. Esta red de comunicaciones/decisiones estará condicionada además, por aquellas premisas “no decididas e indecidibles” que constituyen la cultura dentro del contexto interno.
5. Se considera a los procesos como espacios donde confluyen los diferentes recursos de una organización para su transformación. Estos procesos se realizan en cualquier sistema, están dentro de la organización de estudio, o fuera de él en su entorno.
6. Se adiciona la variable tiempo. Como una de las dimensiones del sentido establecido por Luhmann(1995), la dimensión temporal permite diferenciar en un antes y un después. Partimos de la base que todo proceso genera sus resultados en tiempo real, cualquiera que este sea, sin embargo, de acuerdo a los objetivo de cada tipo de proceso, precederá o seguirá a otro proceso o a parte de sus actividades para que pueda “tener sentido” el sistema global. De allí que utilizamos la simbología de t para indicar el momento en que se realizan los procesos. Tomando como centro la relación del sistema / entorno de manera permanente,
 - a. los de acoplamiento con su entorno, será en t_r o tiempo real,
 - b. los de adaptación, serían previos a los de acoplamiento para ajustarlos y que pueda sobrevivir el sistema, por eso se ejecutan en t_{r-1} ;

- c. los de monitoreo constante, serían en t_r o tiempo real;
- d. y los de evaluación se llevarían a cabo una vez los de acoplamientos hayan alcanzado sus resultados o t_{r+1} .

De lo planteado hasta el momento se desprenden los siguientes aspectos:

1. Es necesario resaltar que no hay un “único tiempo”: los procesos son recurrentes y por tanto se estarán realizando siempre, para que el sistema no muera. Pero cada proceso que se esté realizando, para tener mayor probabilidad de seguir adaptado al entorno, debió haber sido preparado para adaptarse a las exigencias del mismo; y esta preparación a su vez, debió partir de las informaciones del monitoreo y de la evaluación realizada. Por eso, se utilizan los niveles temporales de corto, mediano y largo plazo. Lo importante es la necesidad de *sincronizar* los procesos relacionados en un lapso de tiempo.
2. La organización es un espacio donde se interrelacionan diferentes sistemas distintos a él en tipo y naturaleza: otras organizaciones, personas y grupos. Esto hace que las respuestas a dar por el sistema organizacional, sea una acorde a las exigencia de cada uno. De aquí se desprende, que los procesos de acoplamientos, no son sólo los de producción o generación de servicios para los clientes que están afuera, como generalmente se estudia a la organización. Con cada sistema distinto, deberá establecer procesos diferentes. Más adelante se presentarán procesos que ejemplificarán este planteamiento.
3. Uniendo los puntos anteriores, cada intersección entre diferentes tipos de sistemas, se precisa un proceso de acoplamiento, el cual necesitará su correspondiente proceso de monitoreo, evaluación y adaptación, con su sincronización de tiempos respectiva.
4. Los procesos se comportan como sistemas. La denominación de acoplamiento, adaptación, monitoreo y evaluación tienen que ver como se dijo, con la función de cada uno en la red organizacional de procesos interconectados, y por tanto, habrán procesos cuyos usuarios de sus resultados estarán en otro proceso de la red interna. En ese momento de

interacción, deberán ejecutar actividades de acoplamiento. A su vez, necesitan ser monitoreados, evaluados y adaptados, creándose una recursividad en funcionamiento de los procesos, de la red y del sistema organizacional como un todo.

Relación del Modelo de procesos con la teoría asociada a la Gestión de la Calidad

La utilización de la gráfica de tiempo y espacio con las lógicas establecidas en el modelo, permite ordenar conceptos y asociarlos al enfoque de gestión de procesos centrados en el usuario. Se presentarán cuatro de estas aplicaciones:

La Calidad y la Gestión de la Calidad en la organización

A partir del modelo se puede observar como la calidad, dependiendo del momento, espacio y usuario, tiene las diferentes denominaciones que autores le han adicionado, ver Figura 10. Se debe tener un buen diseño que establezca las especificaciones que contenga los requisitos del cliente; luego hay que reproducir este diseño en la operación diaria del proceso para que el producto o servicio esté conforme a estas especificaciones. El momento de producir es distinto al de entrega al usuario, aun cuando, en los servicios esta temporalidad es tal que se asume como concomitante. Sólo después de utilizar el producto o servicio, es cuando la persona o grupo, puede percibir la calidad del mismo; y quedará satisfecha o no al hacer una evaluación global.

Por su parte, si la organización está clara del poder que las personas o grupos tienen sobre la permanencia o sobrevivencia del sistema en el tiempo, deberá “acompañar” a su producto o servicio en todo su ciclo de vida, bien para rediseñarlo, bien para realizar prestaciones a las personas o grupos que permiten garantizar la confiabilidad del mismo.

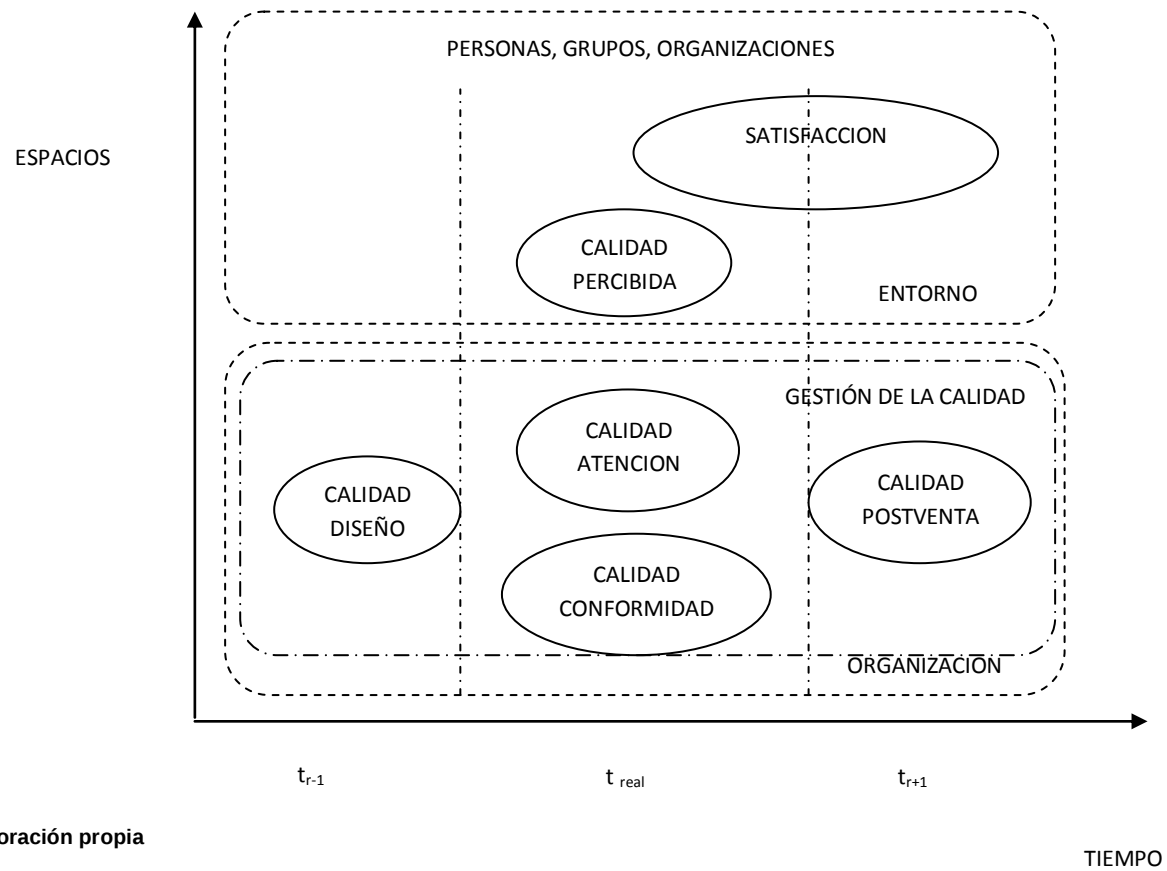
Hacer todas las actividades para que realicen las actividades para obtener los diferentes momentos, será responsabilidad de los diferentes procesos diseñados

para tal fin, que pueden estar en distintas unidades organizativas o departamentos. Garantizar que todos estos momentos de la calidad se realicen, es responsabilidad de la Gestión de la Calidad. También se desprenden las funciones asociadas a la Gestión de la calidad:

- i. Planificación de la calidad, correspondiente a los procesos de adaptación
- ii. El control de la Calidad, en los procesos de monitoreo y Evaluación.
- iii. La Mejora de la calidad, dependiente tanto del monitoreo y evaluación, como del rediseño de los procesos.
- iv. El aseguramiento de la Calidad, se realizaría con procesos de Acoplamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, pues sería en tiempo real, en la interfase entre éste y los otros Sistemas de gestión organizacional.

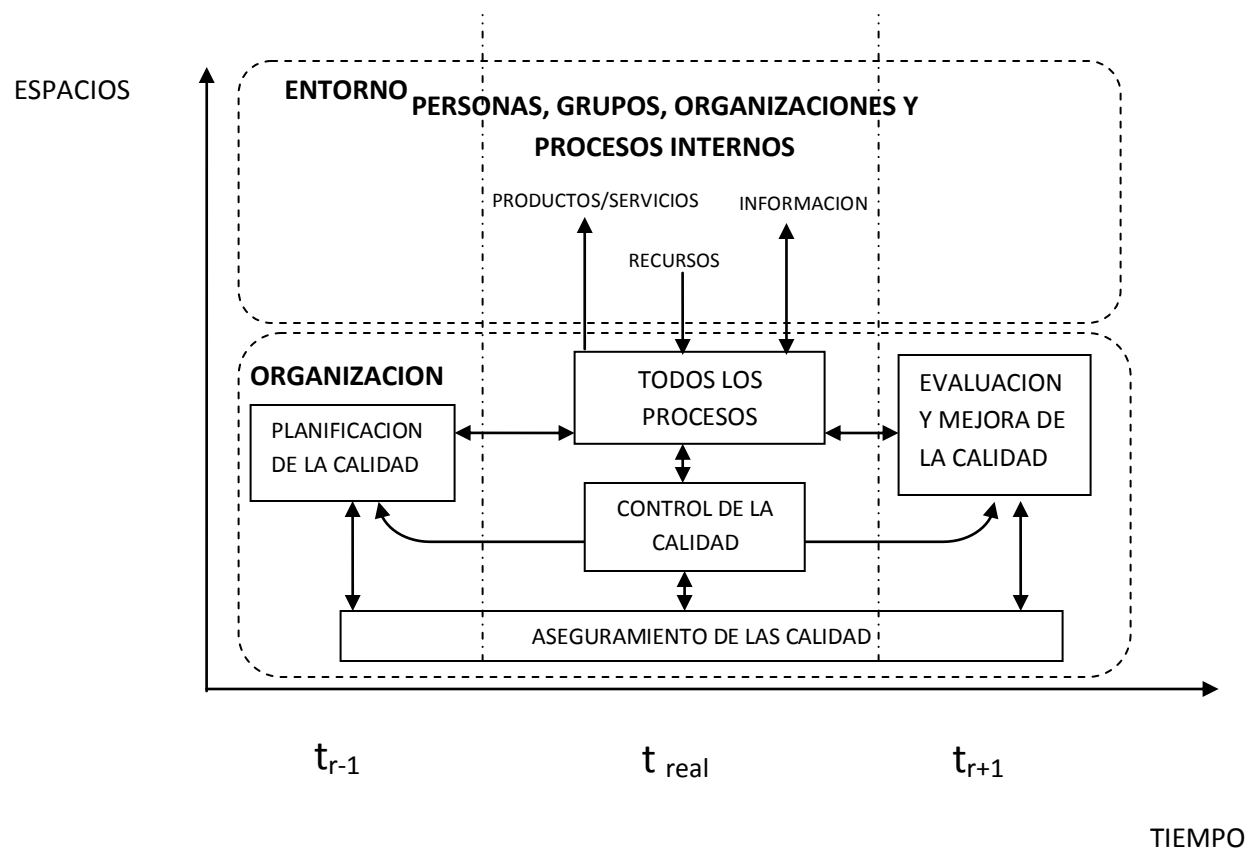
En la figura anexa, se observan todas las funciones de la Gestión de la Calidad en el modelo propuesto, actuando sobre todos los procesos, en momentos diferentes.

Figura 10. Los Momentos de la Calidad



Elaboración propia

Figura 11. Gestión de la Calidad en los Sistema Organizacional como Red de Procesos para adaptarse al Entorno.



Elaboración propia.

Los Procesos en función de los grupos de interés

Los diferentes tipos de procesos que pueden ser clasificados en cada categoría, dependerán de las necesidades y expectativas de cada persona o grupo al que estarán dirigidos los resultados/productos/servicios:

- ii. Clientes y usuario,
- iii. Proveedores,
- iv. Los trabajadores, considerados desde la teoría de Luhmann, como externos al sistema organizacional,
- v. Los propietarios o accionistas,
- vi. La administración pública
- vii. La sociedad en general

Para cada uno de estos grupos de interés, se deben establecer unos procesos que garanticen la generación del acoplamiento con cada sistema, que permita garantizar la sobrevivencia del sistema organizativo. En las figuras siguientes, se presentan algunos ejemplos de procesos de trabajo para diferentes tipos de grupos de interés. Para las especificidades de cada proceso, se utilizan las herramientas asociadas a la Gestión con enfoque de Procesos.

Figura 12. Los Procesos de Trabajo para relacionarse con los clientes o usuarios

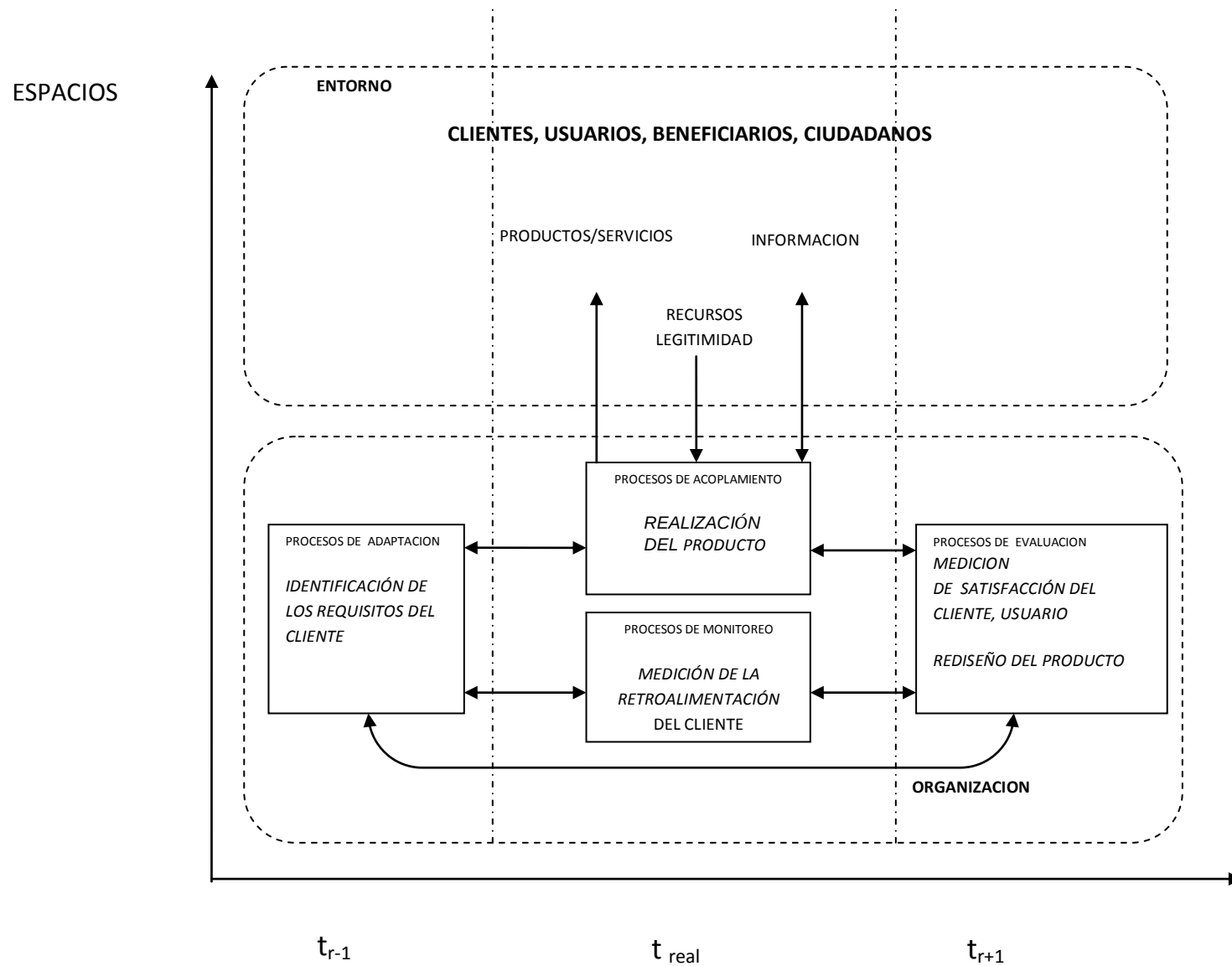


Figura 13. Los Procesos de Trabajo para relacionarse con los Trabajadores

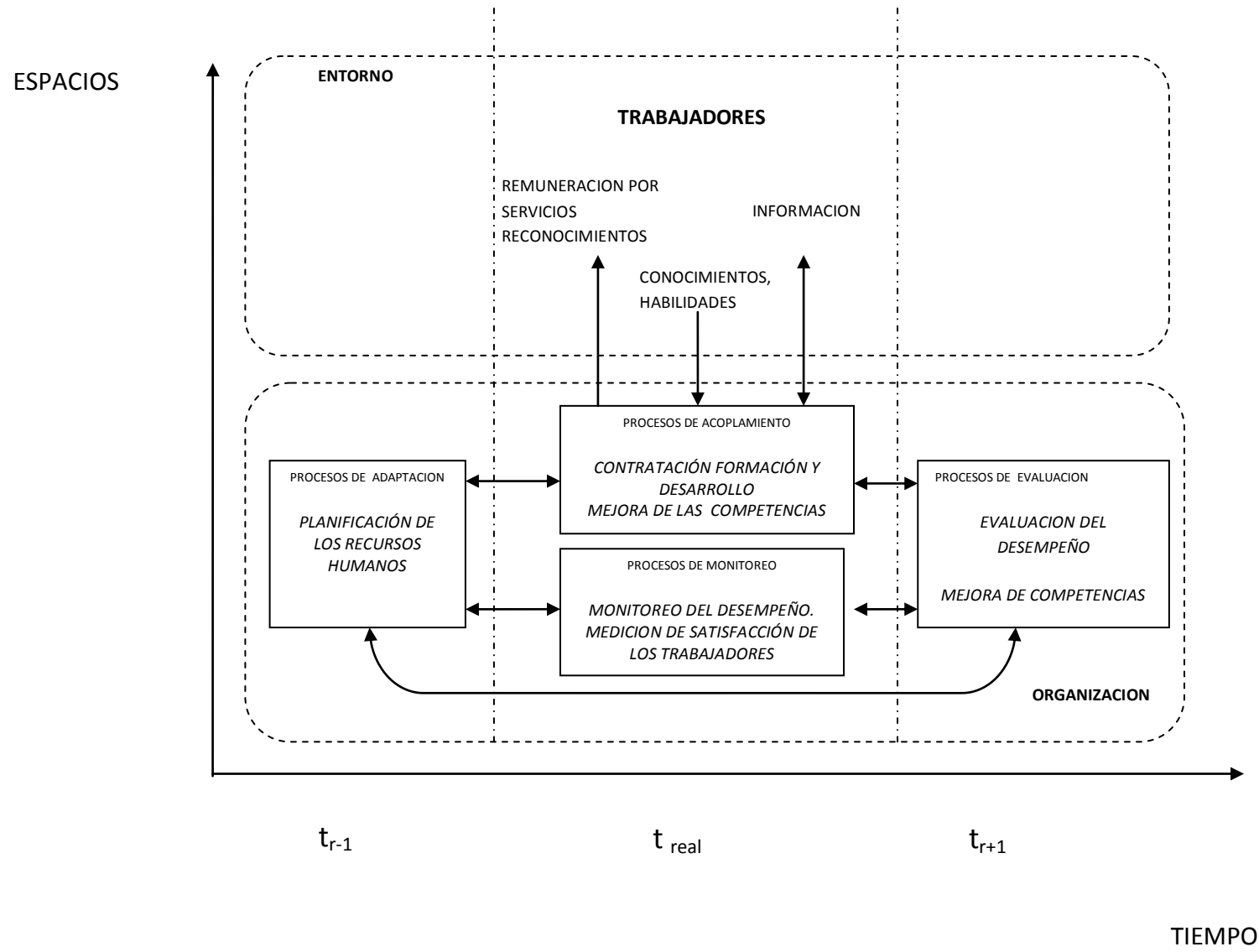


Figura 14. Los Procesos de trabajo para relacionarse con los Proveedores

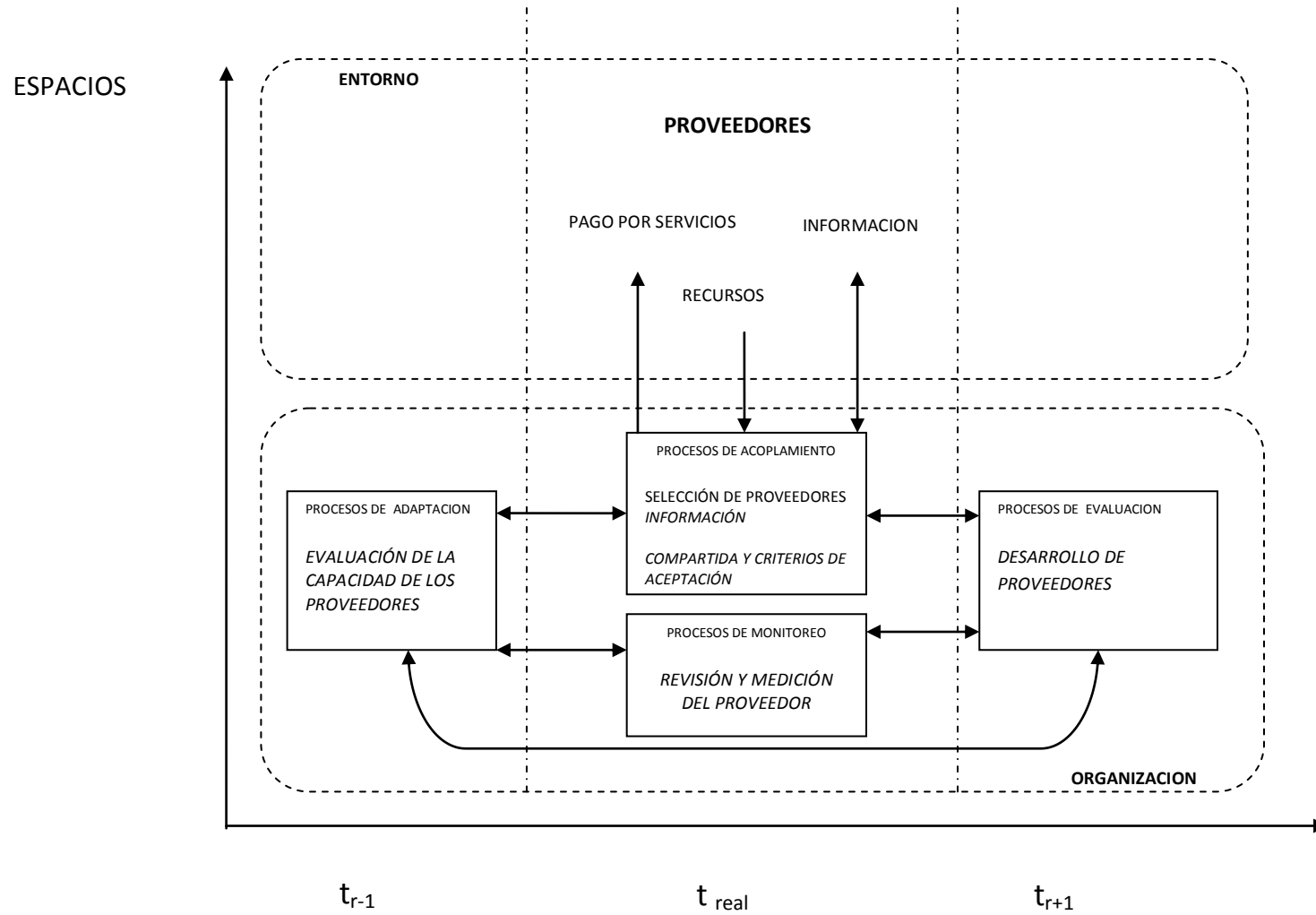
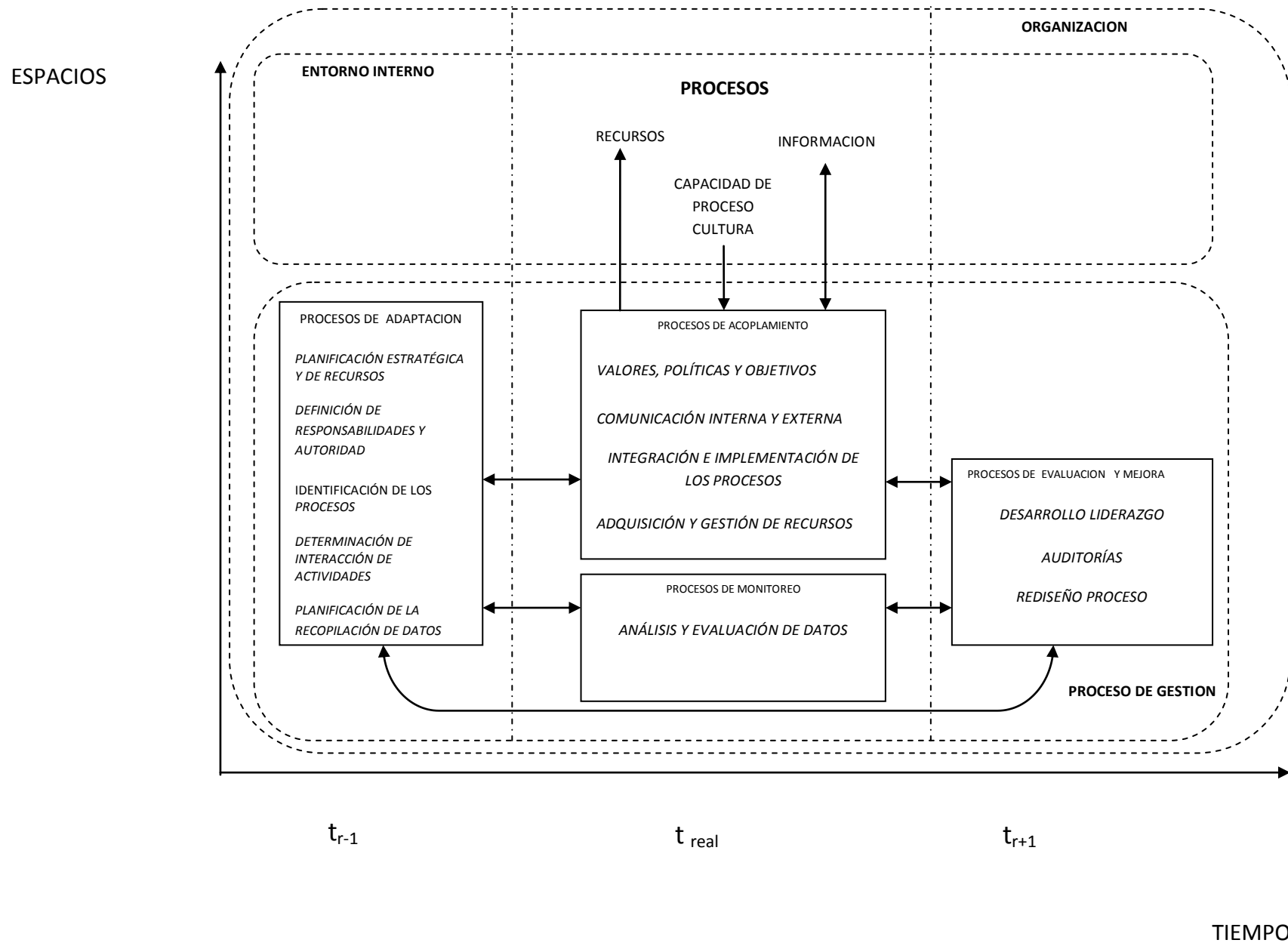


Figura 15. Los Procesos de trabajo para la relación en la red de Procesos Internos

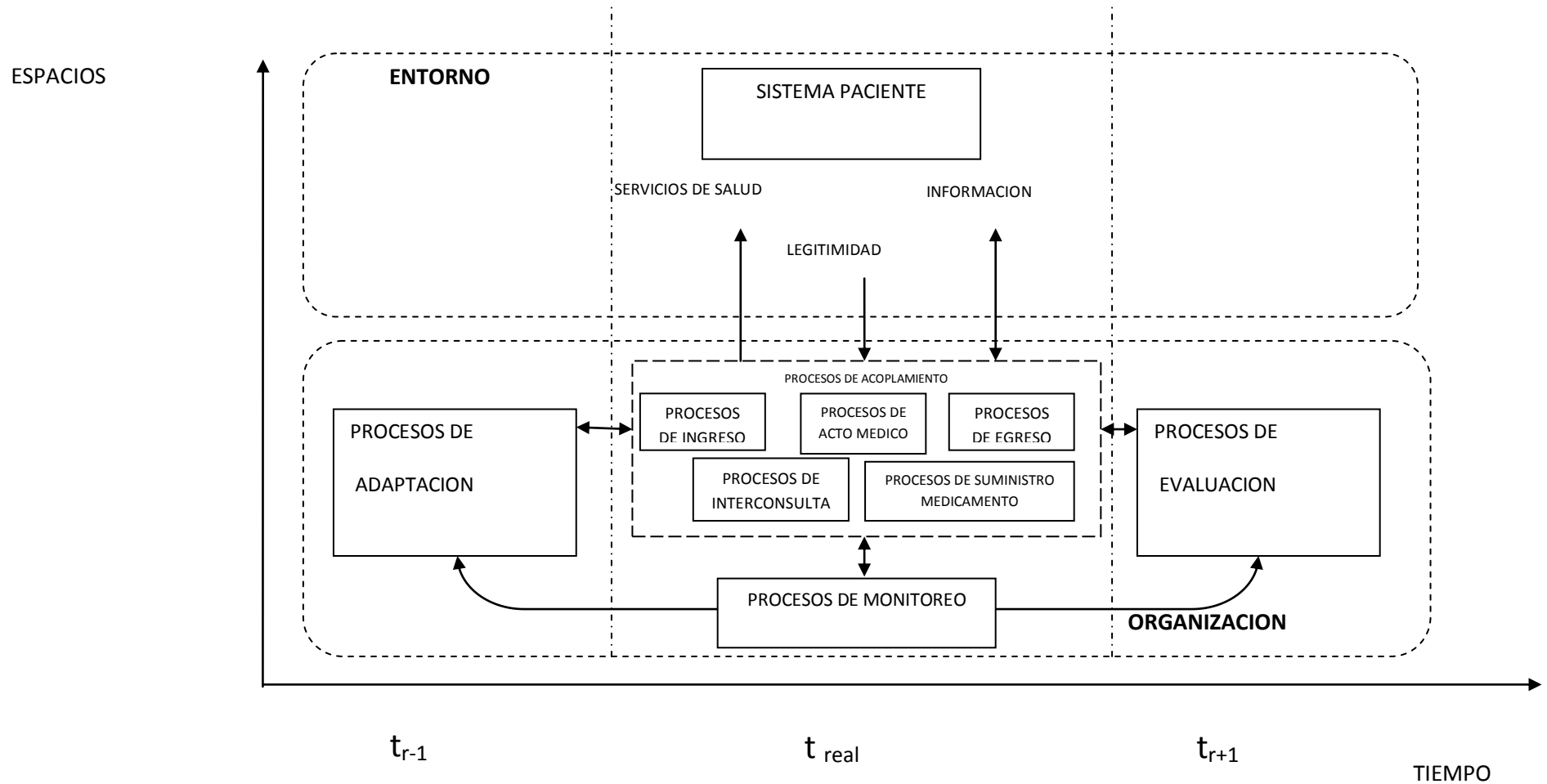


El modelo de procesos en Centros de Salud Ambulatoria.

El Modelo del Sistema Organizacional como Red de Procesos para acoplarse al entorno presentado en la sección anterior, pueden ser particularizados a organizaciones de diferentes sectores, naturalezas y tamaños. En lo concerniente a la presente investigación, las organizaciones del sector salud estudiadas, fueron, centros ambulatorios de salud, cuya gestión es realizada por el Estado y por organizaciones sociales. Del trabajo realizado, pueden generarse explicaciones como las siguientes, ver figura siguiente:

- a. Dentro de los Procesos de Acoplamiento, los Servicios Médicos son los procesos que se convierten en el centro de gravedad alrededor de los cuales funcionan el resto de los servicios.
- b. El Proceso del Acto Médico, es uno de los procesos necesarios, pero no suficientes, para generar el Servicio Médico con unas características que requiere el , llamémoslo Sistema Paciente, que es un Sistema totalmente diferente al Sistema Organizacional/Centro de salud, y por tanto con lógicas distintas. Como pertenece al entorno, el sistema organizacional no puede sobrevivir sin él, debiendo por tanto que estar permanentemente acoplados, con una doble contingencia, desde donde pueden surgir diferentes resultados de la interacción, desde ambas partes.
- c. Este proceso del Acto médico, sólo es uno de los Procesos de acoplamientos que la organización necesita, sí de gran impacto en la restitución de la salud, durante ese momento de intercambio, en ese tiempo real y generador de información que si no cumple el proceso de comunicación, el paciente no será “irritado” en el sentido de los sistemas autopoieticos, y por tanto no continuará con el resto de las actividades que debe realizar para mejorar su estado de salud. Pero hay otros procesos de acoplamientos en tiempos real durante el la generación del servicio de salud, por ejemplo para ingresar, para egresar, para las interconsultas generalmente necesarias dada la multidimensionalidad de la salud.

Figura 16. El Sistema Organizacional y la Red de Procesos para adaptarse al Entorno.



Elaboración propia.

- d. Lo que sí es cierto es que la meta de mejorar la salud, es corresponsabilidad de ambos, pero quien lleva las de perder si no se alcanza, es el Sistema paciente. De allí la necesaria introducción de los acoplamientos de otros sistemas sociales, para vigilar que esto sea acorde a lo que el sistema societal tenga como establecido.
- e. El Sistema organizacional de Servicios de salud, adquiere un comportamiento que es posible asemejar con una Organización Profesional, de acuerdo a la tipología de Mintzberg(1997), los “operadores” son personas con un conocimiento especializado, en función del cual se genera la relación con los usuarios.
- f. En cuanto a los trabajadores en general, resulta útil lo expresado por Delgado de Smith (2006) al estudiar a Luhmann y Maturana “a propósito de la Teoría Social, el Trabajo y las Relaciones Industriales”

“Se podría indicar que las Relaciones Industriales constituyen una construcción acordada, siendo el propósito reducir complejidad mediante acuerdos estructurados en el sistema de comunicación, la cual es posible en tanto lo que se desea informar [acordar normas, distribuir beneficios, controlar la relación social a objeto de direccionarla en base a situaciones de poder] es notificado adecuadamente y comprendido por los agentes sociales en una dirección tal que permita satisfacer los requerimientos del sistema...

Esta visión de las Relaciones Industriales a través de Luhmann permitiría reubicar los elementos del sistema en un continuum comunicativo, auto-referente capaz de administrar lo complejo mediante compromisos direccionados en base a la necesidad de establecer diferencias que dé vueltas al entorno permitiendo su sobrevivencia...

El simple tránsito de valorar el hombre como sinónimo de tareas para ubicarlo como centro de la acción productiva (competencia) ha hecho posible la acción de mecanismos de gestión diferenciados bajo cuya complejidad se debate hoy la sobrevivencia de las organizaciones.

La gestión de lo humano al interior de la organización exterioriza la visión cultural que anima los nuevos propósitos, seleccionando del entorno aquello que lo haga distintivo y competitivo. Se asiste en esta dinámica a la reinención de lo humano con un nuevo quehacer comunicativo de la acción.” (p: 199 y ss)

Si asumimos como ciertas las afirmaciones de la autora con respecto a las relaciones con los trabajadores, es posible entender los desacoples observados entre el personal del Ambulatorio de Cabudare y el sistema organizacional, dependiente de un sistema mayor.

- g. En la relaciones con el Estado, a su nivel central, en el AC se puede ver como los procesos de adaptación se encuentran desincronizados con respecto a las necesidades de adaptación de los procesos de acoplamiento del sistema con el entorno, que como se dijo más arriba, tiene que darse en el mismo tiempo real de los del Sistema paciente, por ejemplo.
- h. También es posible observar igual situación, con respecto a los sistemas organizacionales proveedores, quienes, no les importa que ocurre en las relaciones internas del centro de salud, pero que aceptan como y se reestructuran en su interior, con la finalidad de acoplarse para su sobrevivencia. No obstante, los resultados, producto de una doble contingencia, pueden no ser los mejores no sólo para el centro de salud y su legitimidad, sino como se dijo antes, a quienes impacta, generalmente negativo, es el paciente y la sociedad.
- i. En cuanto a los procesos de monitoreo y evaluación, se toma conciencia del impacto que tiene el comportamiento actual de este tipo de actividades acorde a lo expresado por diferentes autores. La mayoría de los procesos de evaluación, se centran en el acto médico, dejando a un lado información relevante para la adaptación posterior de los procesos de acoplamiento. Estas informaciones pueden provenir de los sistemas del entorno con los cuales se acoplan los sistemas en la generación de servicios de salud y que son razón de ser de su existencia y por tanto de

su legitimidad, como los pacientes, sus familiares y la comunidad; y provenientes también de aquellos procesos y subsistemas que están dentro de la organización, donde interactúan otras personas diferentes al personal médico. Sin centrarse en las personas o grupos a partir de cuyas necesidades y expectativas surgen los procesos de servicios de salud, las restricciones para adecuar los resultados serán mayores.

La instauración de la Gestión de la Calidad en Centros públicos de Salud.

Consideramos posible establecer la Gestión de la Calidad en los centros de salud como una concreción de los aspectos teóricos desarrollados en el Modelo planteado en la cotidianeidad de Centros de Salud. Para hacerlo, es preciso tener presente algunos aspectos, en función los planteamientos de la investigación, experiencias de países hispanoamericanos como, Ecuador, México y España.

- Desde la perspectiva luhmaniana, sólo tematizando las comunicaciones en decisiones, sería posible que una organización tome en cuenta como información, aspectos que no serían considerado en caso contrario. Por ello, es necesario hacer explícito el tema de la Gestión de la Calidad en el conjunto sistema/entorno donde se encuentran insertos los centros de salud en Venezuela.
- Lo anterior implica que no es suficiente ni sostenible, que algún centro en particular, desarrolle de manera solitaria un proceso de cambio hacia la Gestión enfocada en la calidad, pues las organizaciones de su entorno no serían irritadas con sus posibles resultados positivos.
- Una forma de hacerlo, sería concretando la creación e inserción de Unidades de Gestión de la Calidad en los diferentes niveles intergubernamentales, lo que permitiría abordar en las discusiones de las diferentes organizaciones del sector salud, el tema de la calidad y estas se transformen decisiones sobre los recursos a dedicar al esfuerzo.
- Sabemos de todos los aspectos que restringen el contexto del Sistema de Salud en Venezuela, y la necesaria discusión para concretar aspectos relevantes en lo constitucional, legal social y económico. Por ello, se presentan unas líneas macro para un Programa de Calidad en Salud, en función de los aspectos teóricos trabajados y las experiencias observadas. Luego, los diferentes actores del sistema e investigaciones futuras, podrían dar mayor especificidad al funcionamiento en los centros de salud.

Elementos del Programa de la Calidad en Salud

1. La definición y difusión de una Política de Calidad en Salud, teniendo como responsable de su ejecución y de la consecución de resultados al Ministro de Salud
2. Unidades de Gestión de la Calidad en Salud como instancias organizativas que garantizarían la interconexión de esfuerzos integrados para introducir la Gestión con enfoque de Calidad en los Centros de Salud. Su principal meta responsabilidad sería el empujar el diseño, rediseño, implantación, control y mejora de todos los procesos de acoplamiento, monitoreo, evaluación y adaptación, en las diferentes organizaciones de los distintos niveles. Estas, serían creadas e insertadas en la estructura organizativa, a nivel asesor de la alta dirección, en los diferentes instancias de gobierno del sector:
 - a. Unidad de Gestión de la Calidad Nacional, UGCN, inserta en la estructura organizativa del Ministerio de Salud, como rectora del Programa
 - b. Unidad de Gestión de la Calidad Regional, UGCR, inserta en las Direcciones Regionales de Salud, como ente coordinador en la región
 - c. Unidad de Gestión de la Calidad del Centro de Salud, UGCC, como responsable del proceso en cada centro
 - d. Equipos de Mejora de la Calidad en Procesos de Salud, EMCPS, en los Centros de salud, responsables de la instauración del enfoque de la calidad en el Centro de Salud
3. Participación de organizaciones del entorno a los centros de salud
 - a. Organizaciones Sociales, para la definición de necesidades y expectativas y para la evaluación de la calidad de atención la calidad percibida ,
4. Mecanismos
 - a. Programa de formación en Calidad en Salud

- b. Premio para la Calidad en Salud
- c. Incentivos económicos en función de evaluación del desempeño en Calidad
- d. Sistemas de información
- e. Mecanismos de rendición de cuenta
- f. Mecanismos de garantía de la Calidad

- i. “Los Mecanismos externos, llamados también mecanismos de regulación externa son:

Licenciamiento, permiso a un profesional u organización de salud para ejercer una ocupación, profesión o servicio, asegurando el cumplimiento de estándares mínimos.

Acreditación, reconocimiento a una organización de salud por cumplir con estándares preestablecidos como óptimos para un determinado servicio.

Certificación, reconocimiento a una persona u organización por cumplir con requisitos o criterios preestablecidos por sobre los (mínimos) de licenciamiento.

- ii. Los Mecanismos internos de garantía de la calidad, comprenden la definición, el monitoreo y el mejoramiento de la calidad.

“La Definición, consiste en establecer estándares de calidad.

El Monitoreo, corresponde a la medición periódica del grado de cumplimiento de los estándares establecidos.

El Mejoramiento, comprende los métodos y herramientas necesarias para mejorar el cumplimiento de los estándares y poder alcanzar niveles superiores de calidad”.

5. Actividades de implantación. La implantación de cualquier esfuerzo de cambio o de concreción de resultados y teniendo como norte la sostenibilidad, siempre será de largo plazo, lo que requiere concentrarse en Fases de implantación para tener una visual del avance del proceso global. Sin embargo, como se ha planteado, instaurar un enfoque guiado de Calidad como forma de gestión , requiere de discusiones acerca del Sistema de Salud en general de las cuales se desprenderán las decisiones necesarias y una visión más clara y específica sobre la vía a transitar. Por esto, consideramos de bajo probabilidad de implantación concretar las Fases del Programa; pero si podemos delinear algunas actividades primarias necesarias:

- a. Revisar experiencias en países afines, como México, Ecuador España, en donde existen experiencias, que datan de varios años de esfuerzos. En ellas se podrían obtener factores que han favorecido y restringido la implantación de un enfoque de calidad en el sector salud de cada país.
- b. Una de las actividades primarias estaría en formar Comisión de profesionales de la salud y expertos en calidad, que se encargue de escoger áreas prioritarias por donde comenzar y a partir de ello, realizar la revisión y generación de las especificaciones mínimas, fundamentalmente del acto médico asociado.
- c. Establecer experiencias pilotos en varias zonas del país, que abarque unidades orgánicas de diferentes niveles, para capacitar e implantar procesos de mejora con resultados de corto plazo, como efecto demostración, pero sobre todo para el aprendizaje de las particularidades a incorporar en el programa global.

Conclusiones

A partir de lo desarrollado en los diferentes capítulos de la investigación, a continuación se presentan consideraciones que fueron emergiendo de los principales aspectos tratados como producto de las reflexiones realizadas en los distintos momentos del trabajo, recordando que la investigación surgió alrededor de tres temas de preocupación: la calidad de los productos y servicio de las organizaciones, las formas de gestionar la calidad en ellas y la perspectiva de los usuarios de servicios de salud acerca de la calidad de éstos.

- Los temas tienen en común un aspecto, se encuentran en construcción de acuerdos y esta discusión está lejos de ser acabada. Una de las principales razones para esto, es que el arsenal teórico desarrollado y acumulado hasta el momento, no es el idóneo, dada la complejidad y los rápidos cambios en el contexto actual de las organizaciones.
- Hoy existe una conciencia de la sociedad acerca de que no basta con tener productos y servicios si estos no poseen unas características tales que le permitan satisfacer sus necesidades, esto es, productos y servicios de calidad. Además, esta exigencia ha trascendido la visión de “sólo es posible o necesario obtener productos y servicios de calidad en el sector privado, por la competencia en el mercado”. Cualquier persona o grupo, asumiendo el papel que le corresponda cada día o en un lapso de tiempo dado: cliente, usuario, beneficiario, ciudadano, accionista, ser humano, organización, sociedad, tiene cada vez con mayor frecuencia y en mayor cantidad, una postura crítica y exigencias y reclamos, hacia lo que las organizaciones le suplen como resultado de sus actividades. No importa la naturaleza de la organización: pública, privada o no gubernamental; su tamaño: micro, pequeña, mediana, grande; sus fines: de lucro, sin lucro, sociales, sin excepción, todas están recibiendo una presión cada vez mayor de las personas o grupos a los cuales provee de productos y servicios. Y, si bien los temas asociados a la calidad en general han tenido un desarrollo sostenido en las últimas décadas, pasando desde la preocupación de un

artesano por su labor, hasta convertirse en la tarea de todas las personas y todos los niveles de la organización, aún no hay acuerdos sobre que considerar como un producto o servicio de calidad.

- Esa conciencia sobre la calidad de los productos y servicios y la responsabilidad de quien los genera, hace que las actividades cotidianas de cualquier organización tengan un impacto determinante en ambas caras, sobre quien produce y sobre quien utiliza los productos y servicios. Por ello, se requieren respuestas y modelos teóricos que les permita a las organizaciones dar mejores respuestas. Sin embargo, las formas de estudiar el cómo gestionar actividades de rutina, no se han adecuado al ritmo de las exigencias, y esos estudios se han venido realizando desde las visiones parciales de los diferentes campos disciplinarios, con resultados que si es cierto que han permitido mejorar la calidad de los productos y servicios, muchas veces no se tienen conciencia de porqué estos resultados surgieron de esta forma y no de otra, con lo cual trae como consecuencia, además de no poder garantizar unos resultados confiables la mayor parte del tiempo, la perdida por decir lo menos, de oportunidades de aprendizajes y posibilidades de desarrollar competencias que permitirían a la organización enfrentar las complejidades de su entorno. Y como se planteó, una organización no puede vivir sin su entorno y viceversa.
- Por lo anterior, una de las principales motivaciones que guiaron a la investigación estuvo en la búsqueda de un espacio teórico que permitiera ir más allá de las visiones parciales actuales, y que permitiera hacer confluir conceptos, técnicas y herramientas que se han desarrollado para gestionar a las organizaciones en cuanto a la calidad se refiere. En la investigación se partió de la teoría de los sistemas, que se ha convertido en una metateoría que permite estudiar a la organización y las formas de gestionarla. Sin embargo, la teoría de sistema ha transcurrido por diferentes etapas y formas de definir sus particularidades, haciendo que algunas posturas, proveniente de campos disciplinarios disímiles, no permitan explicar la relación de los sistemas organizacionales con su entorno, en un contexto

complejo como el actual. Por eso, dentro de ese campo, se utilizaron planteamientos realizados por Niklas Luhmann desde donde se puede observar a los Sistemas organizacionales como redes de comunicación, en forma de decisiones, lo que les permite diferenciarse de otros sistemas sociales y de su entorno que siempre será más complejo. Se coloca a las organizaciones como “sistemas en su entorno” que para sobrevivir, tienen que estar adaptados entre ellos y en lo interno se reproducen con el constante decidir.

- Pero para la teoría se sistema luhmanniana no es una preocupación principal la forma en que los sistemas organizacionales concretan en su accionar, productos y servicios que tengan características tales, que puedan satisfacer las necesidades de personas, grupos y organizaciones de su entorno. Tener esto presente implica que no puede dejar al azar la forma de producirlos y por tanto la gestión de la calidad se convierte en una forma de respuesta como el sistema organizacional enfrenta esta variedad ambiental del entorno, haciendo la diferenciación interna necesaria para esa adaptación. Así, la Gestión de la Calidad ha venido ganando espacio en las últimas décadas como un espacio disciplinar, con conceptos, métodos, técnicas y herramientas propias y otras asumidas desde otras disciplinas, con la finalidad que todas las actividades cotidianas generen resultados que ayuden a obtener productos y servicios de calidad, para cualquier persona o grupo de interés de la organización. Sin embargo, es una disciplina que se viene construyendo desde la práctica y por tanto no existen acuerdos teóricos suficientes y se queda en sólo la aplicación de unas herramientas que no pueden dar explicaciones y menos permiten por sí solas, aprender para situaciones futuras.
- Uno de los cambios mayores aportados desde el campo de la calidad para la ciencia de la gestión, ha sido el tomar conciencia sobre la importancia de la necesidad de enfocarse en los procesos de trabajo como único elemento de una organización que permiten que interactúen los diferentes y diversos recursos, y por medio de transformaciones, generan los resultados,

productos y servicios que van tanto a lo interno en la reproducción del sistema, como al entorno, con la finalidad de mantenerse en él. De esta forma, los sistemas organizacionales podrían ser decididos y gestionados desde los procesos que de manera recurrente se dan en su cotidianeidad. Acá surge el problema sobre cuáles procesos se centra la atención, y se une a esto el hecho que las clasificaciones y tipologías que se han generado, tienen sus diferencias por el sesgo de cada disciplina de origen, y se centran en el objeto de estudio de éstas, colocando en relieve sólo lo que a ese campo importa. A favor está la aplicabilidad de conceptos, métodos, técnicas y herramientas incorporados de los diversos espacios de conocimientos en el estudio y manejo de los procesos de trabajo.

- Una última arista en las preocupaciones de la investigación se ubica en las ciencias de la salud y las formas de generar los servicios para la salud. Por el impacto en la vida de las personas, en lo referente a las acciones que los sistemas de salud son muy difíciles los consensos teóricos, más allá de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas. Por eso en este campo, se encuentran diversas ópticas acerca de los criterios a considerar durante el diseño, la prestación y el control de los procesos responsables de los resultados de los servicios asociados a la salud. Aun cuando se ha venido avanzando, todavía se puede observar cómo el centro de las preocupaciones continúan siendo el acto médico o proceso médico, lo cual deja a un lado o minimiza a otros procesos sin los cuales el sistema organizacional para la salud no podrá acoplarse con su entorno de una manera que necesita la sociedad en general en la actualidad.
- La investigación empírica realizada en dos centros de salud, permitió conocer varios aspectos asociados a la calidad de los servicios de salud, en el contexto de la gestión de la calidad. Por una parte, se corrobora la importancia dada al proceso médico, tanto desde la organización, como desde el usuario, siendo este hecho una de las probables causas de la poca diferencia entre las opiniones de las usuarias con respecto a la calidad de servicios de salud de organizaciones distintas. Se hizo evidente las

diferencias establecidas por el impacto cultural en función de quien ejerce la dirección, en el establecimiento con gestión pública, los procesos de gestión están más estructurados, hay instancias profesionales para las decisiones; pero bajo la dirección de organizaciones sociales, se observa un mayor compromiso y motivación con lo que se hace, por la labor social que consideran están llevando a cabo. También es posible observar la influencia de tener una autonomía financiera, con recursos oportunos, suficientes y decididos en el centro de acuerdo a sus necesidades. Consideramos necesario ahondar en el valor de ese impacto en el proceso médico y la salud de los usuarios, en estudios realizados por profesionales de la salud. Por último, los procesos de monitoreo, evaluación y posterior reajuste o rediseño para adaptar el proceso de servicio, no están instaurados. Los esfuerzos realizados en esa vía, se corresponden más con la respuesta a las presiones externas o a inquietudes particulares, y no con un esfuerzo sistemático y organizado con la finalidad de un aprendizaje del sistema organizacional, se asemeja más a lo que Barney sentencia como resultados obtenidos producto de la suerte.

- A partir del estudio de estos campos disciplinares y de sus limitantes, la presente investigación genera como principal aporte la apertura de un espacio de conocimiento donde los aspectos anteriores pueden ser aprovechados, pero centrándose en el sistema organizacional y sus relaciones con el entorno a fin de mantener la viabilidad del primero y por tanto la permanencia de esa dupla en el tiempo. Para ello se considera a los sistemas organizacionales como redes de procesos, tanto de comunicación, como de generación de resultados, productos y servicios y cuya adaptación al entorno dependerá de las formas internas que construya, sin importar la naturaleza, tipo y fines de un sistema organizacional.

En el modelo teórico desarrollado, se coloca en relieve la necesidad de un sistema acoplado con su entorno, como única forma de garantizar su permanencia en él; a la vez de mantenerse en constante revisión y

tomando decisiones para readecuarlo en lo interno, como única forma de reproducirse con éxito; se tornan claves entonces, los momentos de acoplamiento entre la organización y el entorno. Producto de estas reflexiones, se plantea que todos los procesos de la organización, pueden ser categorizados como: de acoplamiento, cuando en tiempo real establece intercambios con el entorno, procesos de monitoreo para establecer el estado actual del proceso de acoplamiento, los de evaluación, para establecer, a partir de resultados alcanzados, las correcciones a introducir en los procesos de acoplamiento, y los de adaptación, sin los cuales, la organización no se ocuparía de incorporar esas correcciones en cada proceso evaluado. Estas interrelaciones entre los diferentes procesos y el entorno interno y externo, aumentarían la probabilidad que la permanente reproducción del sistema, a partir del diseño, implementación, mantenimiento y mejoras de los procesos, se realice en concordancia con las necesidades y expectativas de los grupos de interés, generando así productos y servicios de calidad, no sólo para los clientes, sino para la sociedad en general; no a partir de voluntarismos y de la suerte, sino como parte del funcionamiento cotidiano y el aprendizaje organizacional.

- Consideramos necesario recordar el carácter exploratorio de la investigación, lo que implica la necesaria realización de estudios posteriores, para desplegar, ajustar o adaptar los planteamientos establecidos, trabajos que podrían llevarse a cabo en diferentes organizaciones y sectores sociales. A nivel del estudio de la Gestión de la calidad, sería útil desarrollar matrices teóricas para relacionar los conceptos, técnicas, herramientas y tipología de procesos desarrolladas y de amplio uso, con la tipología desarrollada en esta investigación, para generar criterios de priorización en la aplicación y aprendizaje de la Gestión de la calidad. En salud, parece útil la aplicación en general de la perspectiva luhmanniana, porque diferencia los sistemas relacionados con el hombre, en sistemas sociales, que realizan su autopoiesis en base a la comunicación, en sistemas psíquicos que realizan su autopoiesis en base a

su conciencia, y en sistemas orgánicos con su autopoiesis a nivel celular; y parte del principio que para la sobrevivencia y evolución estos sistemas, deben estar acoplados su entorno, donde están los otros sistemas. De allí que para resolver situaciones que atentan con la salud de la persona o grupo, necesariamente se debe actuar sobre todos los aspectos relacionados con todos los sistemas en relación, lo que exige un estudio más integrador, y además permitiría una mejor coordinación inter e intra organizaciones a partir de la necesaria diferenciación por especialización, como forma de afrontar la complejidad del entorno del ser humano y las organizaciones.

Bibliografía

1. Agüero C. Omar(2004). Factores que inciden en la utilización del Sistema de Salud Reproductiva del Ambulatorio Urbano Tipo III La Carucieña, Barquisimeto, Estado Lara. Trabajo de Grado Maestría. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Medicina. Maestría en Salud Pública. Barquisimeto. 2004.
2. Alvarado, Nilda(2002) . Factores que influyen en la utilización del Ambulatorio Urbano Tipo II "Dr. Ramón E. Gualdrón" por la población de su área de influencia. Barquisimeto. Estado Lara. Año 2001. Trabajo de Grado Maestría. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Medicina 2002
3. American Medical Association, Council of Medical Service(1986). Quality of care. JAMA 1986;256:1032-1034
4. Anasagasti Belén(2000), Caracterización de Los principales rasgos del derecho a la salud dentro del marco constitucional de Los derechos sociales del texto de 1961 y 1999 en La cuestión social en la Constitución Bolivariana de Venezuela. Maignon Thaís. Temas docencia. CENDES - UCV. 2000
5. Ander- Egg Ezequie(2000)I. Métodos y técnicas de investigación social III. Como organizar el trabajo de investigación. Editorial Lumen SRL 2000.
6. Ansoff H. Igor(1995) La dirección y su actitud ante el entorno. .Ediciones Deusto. España,
7. Aranaz Andrés Jesús M (2001).. La Calidad en servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos, Servicio de medicina preventiva. Hospital general universitario de alicante. Departamento de salud pública. Universidad Miguel Hernández de elche.
8. Arriaga Álvarez Emilio Gerardo (2003) La Teoría de Niklas Luhmann. Centro de Innovación Desarrollo e Investigación Educativa (CIDIE).Universidad Autónoma del Estado de México2003

9. Arteta Federico, Alda Pérez de Saturno y Nancy Brandt (2001) FUNDASALUD-LARA: Modelo de Descentralización hacia La Sociedad Civil. 2001
10. Assaf F. Al-Assaf(2004) , editor quality improvement in primary health. A practical guide. WHO regional publications, eastern Mediterranean series 26 ed Cairo 2004
11. Asuaje M. Lellys M.(2002). Calidad de la Atención en Salud en los Ambulatorios Urbanos Tipo III., Municipio Iribarren, Estado Lara. Trabajo de Grado para optar al título de Magíster Scientiarum en Salud Pública. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Medicina. Maestría en Salud Pública. Barquisimeto. 2002
12. Balbastre Benavent Francisco (2001). La autoevaluación según los modelos de Gestión de calidad total y el aprendizaje en La organización: una investigación de Carácter exploratorio. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Faculta de Economía. Departamento de Dirección de Empresas. Valencia, España. 2001.
13. Banco Interamericano de Desarrollo. Participación (2000). Ciudadana en las actividades del Banco Interamericano de Desarrollo, BID. Documento para la discusión. Octubre 2000.
14. Bastías Luis(2005).. La autopoiesis en la organización. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Católica de Valparaíso. 2005
15. Becerril, Montekio Víctor Guadalupe Medina, Aquino Rosana (2011), Sistema de salud de Brasil. Revista salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011. México
16. Belló Mariana, C, Victor M Becerril-Montekio(2011), Sistema de salud de Argentina. Revista salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011. México.
17. Berkowitz Edward, historical insights into the development of health services research: A narrative based on a collection oral interviews(1998). Entrevista a: Avedis Donabedian. Conducido por: Edward Berkowitz. Historia de proyecto de investigación de servicios de salud. 16/4/98.
18. Boisier Sergio El lenguaje emergente en desarrollo territorial.2001

19. Boissier, Sergio 2001: La odisea del desarrollo territorial en América Latina. La búsqueda del Desarrollo territorial y la Descentralización. Seminario “Descentralización de sectores sociales: Nudos críticos y alternativas”, Ministerios de la Presidencia, de Educación, y de Salud del Perú. Lima, Perú, entre el 9 y el 11 de Abril de 2002
20. Boissier, Sergio ¿Y si el desarrollo fuese una emergencia sistémica? Revista del CLAD Reforma y Democracia. Número 21. Febrero 2003
21. Bonvecchio Anabelle, Víctor Becerril-Montekio, Ángela Carriedo-Lutzenkirchen, Maritza Landaeta-Jiménez. Sistema de salud de Venezuela. Revista salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011. México
22. Bresser L y N Cunill (1998), Lo Público no estatal en la reforma del Estado. CLAD. Caracas 1998
23. Bresser Pereira Luís Carlos. Reforma del estado para la ciudadanía. La reforma gerencial brasileña en la perspectiva internacional. 1era edición 1999 CLAD.
24. Briceño- León Roberto (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cad, Salud Pública. Río de Janeiro, 145(Sup. 2)141-147.1998
25. Briceño León, Roberto (2003). Las Ciencias sociales y la salud; un diverso y mutante campo teórico pag. 1-14. 2003
26. Bustamante Donas. Javier Hacia la cuarta generación de Derechos Humanos: repensando la condición humana en la sociedad tecnológica. Universidad Complutense de Madrid Director del Centro Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CICTES)
27. Callahan Daniel (2000) .La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. en bioética y cuidado de la salud Equidad, Calidad, Derechos. Fernando Lolas Stepke (Editor).Serie Publicaciones – 2000. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud
28. Camisón C. (1996). “La Calidad como Factor de Competitividad en Turismo: Análisis del Caso Español”. Información Comercial Española, 749 (Enero), 99-122.

29. Camisón Cesar; Sonia Cruz; Tomas González (2007). Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Pearson educación S.A., Madrid 2007.
30. Cano García Elena. Evaluación de la calidad educativa. España, 2000
31. Cantú Delgado, Humberto (2001). Desarrollo de una cultura de calidad. McGRAW-HILL 2001 (2da edición).
32. Capra, Fritjof(1996). La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Editorial Anagrama. Barcelona. 1996
33. Cedrés de Bello, Sonia(1996).. Establecimientos de Atención Médica Ambulatoria. Planificación, Programación y Diseño. Universidad Central de Venezuela. Colección Monografías. Caracas, 1996
34. Checkland Peter,(1993) Pensamiento de Sistemas, Práctica de sistemas. Grupo Noriega Editores.1993
35. Chias Josep. Marketing público (1995). Por un gobierno y una administración al servicio del público. Mcgraw-Hill de Managment 1995.
36. Chiavenato, Adalberto (2002). Administración en los nuevos tiempos. McGRAW-HILL 2002.
37. Claude G y L. Alvarez(2005). Historia del pensamiento administrativo. Pearson educación. México.2005
38. Colmenares D Oscar A., José L. Saavedra T (2002)Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio
39. Temes J.L., C Cortés, J. Terol. Torres A(2006): Gestión de los procesos asistenciales. Aplicación práctica. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid
40. Cronin, J. J., Brady, M. K., y Hult, G. T. M. (2000). "Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments". Journal of Retailing, 76 (2), 193-218.
41. Cronin, J. y Taylor, S. (1992): "Measuring service quality: a reexamination an extension". Journal of Marketing, 56, 55-68.
42. Croning, J.J. y Taylor, S.A. (1994): "SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling, Performance-Based and Perceptions Minus Expectations Measurement of Service Quality". Journal of Marketing, 58, 55-68.

43. Cruz R. Sonia (2001). Relación entre el Enfoque de Gestión de la Calidad y el Desempeño Organizativo. Una aproximación desde la Perspectiva basada en los Recursos Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Faculta de Economía. Departamento de Dirección de Empresas. Valencia, España. 2001.
44. Cunill Nuria (1998) La reinención de los servicios sociales en América Latina. Algunas lecciones de la experiencia Seminario Internacional "A Reforma Gerencial do Estado". Brasília, 17 y 18 de noviembre de 1998.
45. Cunill Nuria.(1991) Participación Ciudadana. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, CLAD. Caracas.1991
46. de los Reyes Eduardo J. F. B; Fausto P. De los Santos; Francisco Eduardo de a CamposII; Francisco de Assis Acurcio; Marcelo T. T . Leite; Maria Léa C. Leite; Mariangela L. Cherchiglia(1990); Max A. de los Santos. Evaluación de la calidad de los servicios de salud: notas bibliograficas. Cad. Salud pública v.6 n.1 Rio de Janeiro ene./mar. .
47. Deming Edwards. Calidad (1989). Productividad y Competitividad. Díaz de Santos. Madrid, España. 1989
48. Díaz P Jorge, Coordinador (2001). La reforma de salud en Venezuela. Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. Cendes 2001
49. Díaz Polanco Jorge (2006) La Reforma De Salud De Venezuela - Resven Cuadernos Del Cendes Año 23. N° 61 Enero-Abril
50. Dirección de epidemiología e investigación Lara, sistema de vigilancia epidemiológica Lara(2005), SIVEL, población proyectada municipios y parroquias estado Lara año 2005
51. Dirección General Sectorial De Salud Del Estado Lara.(D.G.S.S.) Memoria y cuenta 2005
52. Dirección General Sectorial De Salud Del Estado Lara.(D.G.S.S.), Memoria y cuenta 2004
53. Donabedian Avedis (1988) La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:580-587. Del original: The quality of medical care. how can it be assessed. JAMA 1988;260:1743-8

54. Donabedian Avedis.(1990) Los siete pilares de la calidad. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:529-538. Del original: The Seven Pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990;114:1115-8
55. Donabedian Avedis(1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad revista salud pública de México . Mayo-junio de 1993, vol.35, No.3
56. Donabedian Avedis(1993), Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la Atención. Salud Publica de México enero-febrero de 1993, Vol.35, No.1
57. Donabedian Avedis(1966). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. The Millbank Memorial Fund Quaterly 44: 166-203.1966. En White Kerr L. (Editor principal). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 534. 1992.
58. Drae, versión electrónica. 2005
59. Drucker Peter F (1992). Dirección de instituciones sin fines de lucro. El ateneo 1992.
60. Drucker Peter F. (1994). La sociedad post- Capitalista. Editorial Norma 1994.
61. Duque Ana Maria; Cristina Castillo Gatica (2003). Método de casos. Su construcción y animación para la animación docente. Valdell Hermanos editores C.A.
62. Ediciones Larousse (2007). El pequeño Larousse ilustrado. Decimotercera edición. 2007
63. Eigler, P. y Langeard E. (1989). Servucción, el marketing de servicios. McGraw-Hill Interamericana, España S.A.
64. Emilio Ignacio, M^a Jesús Rodríguez-Cornejo, Antonia López-Sánchez, M^a Dolores Cruzado, Manuel Martínez-Mora, Esperanza Arriaga, Inmaculada Carnicer, Auxiliadora Pino, Gloria Ramos-Domínguez (2001). Un modelo de Gestión de la Calidad Total para la enfermería hospitalaria. Revista Calidad Asistencial 2001; 16:234-242.
65. Escrig T. Ana B(2001). Efectos de la Dirección de la Calidad en los Resultados: El papel mediador de las Competencias distintivas. Tesis Doctoral. Universitat

- Jaume- I. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. U.P. de Administración y Marketing. Castellón, España.2001
66. European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el Sector Público. 1995: EFQM Bruselas 1996. Club Gestión de Calidad, Madrid.
67. Evans James R.; William M. Lindsay (2005). Administración y control de la calidad. 6ta edición. Thomson editores.
68. Falconi Campos Vicente (1994). Calidad: Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano.. Fundación Christiano Ottoni. Brasil.
69. Falconi Campos Vicente (1992). TQC. Control de la calidad total (al estilo japonés). Fundación Christiano Ottoni. Brasil.
70. Fantova, F. (2001): La gestión de organizaciones no lucrativas. Herramientas para la intervención social. Madrid, CCS.
71. Fantova, F. (2002a): "Gestión de calidad en la acción voluntaria" en Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, núms. 51-53, abril y agosto, pp. 17-22.
72. Fantova, F. (2002b) "Intervención social y construcción de redes" en Documentación Social, núm. 129, octubre-diciembre, pp. 39-56.
73. Fantova, F. (2003): "Comunicación y relación en la intervención social y en la gestión de calidad" en SETIÉN, M.L. y SACANELL, E. (coords.). La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias. Valencia, Tirant lo Blanch, pp. 177-188.
74. Feo Oscar (2000) La salud en la nueva Constitución en La cuestión social en la Constitución Bolivariana de Venezuela. Maignon Thaís. Temas docencia. CENDES - UCV.
75. Fernández Busso Nélida(2002) Calidad de la atención medica Fascículo Nº 1, Programa de Educación a Distancia "Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud"
76. Frenk Julio (1993). La salud de la población. hacia una nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica. México. 1993
77. Frenk, Julio(2000). Obituario [de Niklas Luhmann]. Revista de salud pública de México / vol.42, no.6, noviembre-diciembre de

78. Froman Bernard(2003). Del manual de la calidad al manual de gestión. La herramienta estratégica. AENOR,
79. FUNDASALUD Lara1999, presentación de la organización.
80. Gakidow E. E., C. J. L Murray y Julio Frenk(2000). Definición y medición de las desigualdades en la salud: Una metodología basada en la distribución de la esperanza de salud. boletín de la organización mundial de la salud recopilación de artículos N° 3,
81. Garcia de Thielen Lida A.; Jesús A. Thielen Apitz(2000). Introducción a la teoría administrativa. 3ra edicion revisada.
82. Garvin, D. A. (1984): What Does “Product Quality” Really Meant?, Sloan Management Review.
83. Gilmore Carol, Humberto de Moraes Novaes (1996). Organización panamericana de la salud, Fundación Kellogg. Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP-UNI/Manuales operativos PALTEX. Volumen III, N° 9. Washington
84. Gobernación del Estado Lara1994, Propuesta de programa de transferencia de servicios de salud del MSAS a la gobernación del Estado Lara,
85. Gómez Dantés, Octavio, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk(2011). Sistema de salud de México. Revista salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de. México
86. González Pérez Ubaldo(2002), El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Rev Cubana Salud Pública;28(2)
87. González, Marino (1999). Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud en Venezuela (1990 – 1996). Una aproximación inicial. Cuadernos de la Reforma de Salud.
88. Gryna, Frank, Richard Chua, Joseph Defeo(2007). Método Jurán. Análisis y planeación de la calidad. Mc Graw Hill Interamericana. México
89. Grönroos, C. (1994). Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

90. Grönroos, C. (1983): Strategic Management and Marketing in the Service Sector. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
91. Grönroos, C. (1988): "Service Quality: The six criteria of good service quality". Review of Business. New York: St. John's University Press.
92. Grönroos, Christian, (1993) A Service Quality Model and its Marketing Implications. European Journal of Marketing, Volume 18, Number 4, pp. 36-44(9)
93. Grönroos Christian, (2001) "The perceived service quality concept – a mistake?", Managing Service Quality, Vol. 11 Iss: 3, pp.150 - 152
94. Guede Sabina (2004). Calidad de la atención de salud integral en las consultas maternas infantiles. Ambulatorio urbano tipo III "Don Felipe Ponte". Municipio Palavecino. Estado Lara. Barquisimeto
95. Guede A. Sabina (2004). Calidad de la Atención de Salud Integral en las Consultas Materno infantiles. Ambulatorio Urbano Tipo III "Don Felipe Ponte". Municipio Palavecino. Estado Lara. Trabajo de Grado para optar al título de Magíster Scientiarum en Salud Pública. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Medicina. Maestría en Salud Pública. Barquisimeto.
96. Guerrero Ramiro, Ana Isabel Gallego, Víctor Becerril-Montekio, Johanna Vásquez (2011). Sistema de salud de Colombia. Revista salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de. México
97. Hair Joseph; Robert Bush; David Ortinau(2004). Investigación de mercados. En un ambiente de información cambiante. Mcgraw-Hill Interamericana..
98. Hall Richard H. (1983). Organizaciones estructura y proceso. Prentice-Hall Hispanoamericana C.A.
99. Harmon Michael M. y Richard T. Mayer (2001). Teoría de la organización para la administración pública. Estudio introductoria de Jorge Tamayo Castroparedes. Fondo de cultura económica. México.
100. Harrington H. James (1993). Mejoramiento de los procesos de la empresa. McGraw-Hill Interamericana.

101. Hayes Bob (1999). Como medir la satisfacción del cliente. Diseño de encuestas, uso y método de análisis estadístico. Segunda edición. Oxford University Press. México, D.F.
102. Herrera Jiménez Rodolfo (2006). El concepto de calidad: un marco conceptual. Ingeniería 16 (1): 107-121. San José, Costa Rica..
103. Hurtado de Barrera Jarqueline(2003). El proyecto de investigación. Metodología de la investigación holística. Sypal 3ra edición.
104. Ishikawa, Kaoru(1990). Que es el Control Total de la Calidad.
105. Jaen M. e Itriago A.(1992), Descentralización de la salud: por una atención de calidad. Propuestas y escenarios. En Descentralización de la Educación, la salud y las fronteras. La distribución del poder I. Serie Venezuela: la reforma del futuro. COPRE
106. Jarquín Edmundo y Andrés Caldera (2000). Programas sociales, pobreza y participación ciudadana. Banco intercambio de desarrollo.
107. Jarquin Maria y Torres Olimpia (2003), Hacia la Gerencia Pública de Calidad: El enfoque de Género en la Evaluación de Servicio. Volumen II. Guía Básica para su aplicación. Proyecto de Promoción de género, GTZ. Nicaragua.
108. Johansen Bertoglio Oscar (2004). Anatomía de la empresa. Una teoría general de las organizaciones sociales. Editorial Limus, S.A de C.V grupo de Noriega editores.
109. Juran J(1995). A History of Managing for Quality in the United States. <http://www.qualitydigest.com/nov95/html/histmang.html>
110. Juran J.M.; F.M. Gryna(1995). Análisis y planeación de la calidad. McGraw-Hill (3ra edición).
111. Juran Joseph M. Godfrey A Blanton(2001). Manual de calidad. 5ta edición volumen I. Mcgraw-Hill. España S.A.U.
112. Kagono Tadao; Ikujiro Nonaka; Kiyonori Sakakibara; Akihiro Okumura(1994) Estrategia y organización. La competencia de empresas norteamericanas y japonesas. TM editores 1994.
113. Katz Daniel (1989). Psicología social de las organizaciones. Segunda edición en español. Editorial Trillas. México

114. Kelly Janet, Coordinadora (2003). Políticas públicas en América Latina. Teoría y práctica. Ediciones IESA
115. Laura del Pilar Torres Arreola Norma Patricia Constantino Casas(.2001), Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales Maestra en Ciencias, Unidad de Investigación
116. Lawrence Paul R. y Jay W. Lorsch (1987) con la colaboración de James S. Garrison. La empresa y su entorno. Plaza & Janes editores, S.A 1987.
117. Lechner Norbert (1997). Tres formas de Coordinación Social. Revista de la CEPAL 61. Naciones Unidas, abril 1997
118. Lehtinen, J.R. & Lehtinen, O. (1982): "Service quality: a study of quality dimensions". Unpublished working paper. Service Management Institute, Helsinki.
119. Limone, Aquiles y Bastías Luis (2002). La empresa como sistema autopoietico. Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso. Chile.
120. Limone, Aquiles y Bastías Luis (2003). La empresa y la gestión en el contexto de la revolución cibernética. Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso. Chile.
121. Lledó Rodríguez Rafael (2000). Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previas al ingreso y la calidad percibida al alta. Tesis doctoral. Departament de Salut Pública Universitat de Barcelona, octubre de 2.000
122. Lobato C. María O (2004). El análisis de la organización de los académicos como un sistema autopoietico de decisiones. Revista Mad. No 10. Mayo 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.
123. López Camps Jordi (1998) la Gestión de la Calidad en la Administración Local. Consideraciones sobre la calidad en la administración local. Diputació de Barcelona. Papers de Formació Municipal número 48, julio 1998
124. Lemus Calderón, Jorge Daniel y Valentín Aragües y Oroz (2006). Auditoria Médica y profesional integral. La calidad de la atención de los servicios de salud. Corpus Libros médicos y científicos. Rosario, Argentina

125. Luhmann Niklas(1996) Fundamentos teóricos sociales, en Teoría política en el Estado de bienestar
126. Luhmann, Niklas(1995). Introducción a la teoría de sistemas. Javier Torres Nafarrate,
127. Luhmann, Niklas(1991). Sistemas Sociales: Lineamientos para una Teoría General. México: Alianza Editorial/Universidad Iberoamericana, 1991.
128. Luhmann, Niklas; Torres, Javier (1996). Introducción a la teoría de sistemas. México: Anthropos /Universidad Iberoamericana/ Iteso, 1996.
129. Maderuelo Fernández J. A. Hablemos de ...Gestión de calidad Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. Medifam v.12 n.10 Madrid dic. 2002
130. Martínez Mígueles Miguel(2006). El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. 2da edición México, Trillas 1997
131. Martínez Miguélez, Miguel(2008). Evaluación cualitativa de programas.-- México: Trillas 2007(reimp. 2008).
132. Martínez Ramírez Armando(2005). Manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud. Manual Moderno. México D.F ,2005.
133. Martos Calpena Ramón (2009)Cultura Corporativa : Misión, Visión y Valores en la Gestión Estratégica de las empresas del sector de la Automoción en España. Universitat Politècnica de Catalunya Departament d'Organització d'Empreses Tesis Doctoral- Barcelona
134. Mascareño Aldo (2006). Sociología del Método: La forma de la investigación sistémica. Revista cinta de Moebio, número 026. Septiembre 2006. Universidad de Chile. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.2006
135. Mascareño Carlos (1998) Los centros ambulatorios con participación de la sociedad civil promovidos por FUNDASALUD en el estado Lara. Seminario: Programas sociales, problemas y participación ciudadana. Cartagena Colombia. Marzo 12/03/1998. banco interamericano de desarrollo. División Estado y Sociedad civil.

136. Mascareño Carlos (2000). Balance de la descentralización en Venezuela: Logros, limitaciones y perspectivas. PNUD; ILDIS; Editorial nueva sociedad. 2000.
137. Mascareño Carlos (1996). Gestión y gerencia en las gobernaciones venezolanas. CENDES. 1996
138. Mascareño, Carlos (1998). Fundación para la Promoción de la Salud en el Estado Lara, en Programas sociales, pobreza y participación ciudadana, Jarquin E. y Caldera A. Editores. Banco Interamericano de Desarrollo.1998
139. Mascareño, Carlos (1998). Fundación para la Promoción de la Salud en el Estado Lara, en Programas sociales, pobreza y participación ciudadana, Jarquin E. y Caldera A. Editores. Banco Interamericano de Desarrollo.1998
140. Mascareño, Carlos (Coordinador)(2003), Políticas públicas siglo XXI: caso venezolano. Temas docencia. CENDES. Caracas 2003
141. Mascareño, Carlos(2001), coordinador. Balance de la descentralización de la descentralización en Venezuela: logros, limitaciones y perspectivas. Editorial Nueva Sociedad. Caracas 2001.
142. Maturana Romesín, Humberto (2007).Autopoiesis, acoplamiento estructural y cognición: historia de estas y otras nociones en la biología de la cognición. Ensayo Instituto Matriztico
143. Maturana Humberto; Francisco Varela (1996). El Árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento. Editorial Debate. Madrid. 1996.
144. Mayntz Renate(1990), El estado y las sociedad civil en la gobernanza moderna
145. Méndez Quintero, Evaristo (2003). Cómo no naufragar en la era de la información. Epistemología para internautas e investigadores. Editorial de la Universidad del Zulia 2003.
146. Mijares, Rodrigo(2003). Evaluación del desempeño institucional del servicio de cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Trabajo de grado. Decanato de estudios de postgrado .Universidad Simón Bolívar .Marzo 2003
147. Ministerio de Poder popular para la Salud (2010). Página web
148. Ministerio de Salud y Desarrollo Social memoria y cuenta 2003

149. Ministerio de Salud y Desarrollo Social memoria y cuenta 2004
150. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1998),. Dirección General sectorial de Investigación y Educación. Estadísticas 1998
151. Mintzberg Henry, James Brian Quinn y John Voyer(1997). El Proceso Estratégico. Conceptos, contextos y casos. Prentice- Hall Hispanoamericana. 1997
152. Moen Ron, Cliff Norman (2006). Evolution of the PDSA Cycle. Associates in Process Improvement.
153. Monroy Germán (1995). Una introducción a la metodología de sistemas. Noviembre 1995
154. Morales, Carlos (1998), Suministro de Servicios Sociales a través de organizaciones públicas no estatales, Aspectos generales. En Bresser L y N Cunill, Lo Público no estatal en la reforma del Estado. CLAD. Caracas 1998
155. Morgan Gareth (1991). Imágenes de la Organización. Ediciones Alfa omega.México.1991
156. Murray Christopher y Frenk Julio(2000) Un marco para valorar el desempeño de los sistemas de salud Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos No 3, 2000.Organización Mundial de la Salud 2000
157. Naranjo García Maria Margarita (2007). Evaluación del programa salud prenatal del Ministerio de Salud en el municipio Girardot, Estado Aragua, 2005-2006. Trabajo de Grado presentado al Decanato de Estudios de Postgrado en la Maestría en Ciencia Política de la Universidad Simón Bolívar.
158. Navarro Yáñez Clemente J(2002) La sociedad política como agenda de investigación: delimitación conceptual y marcos analíticos. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002
159. Nonaka Ikujiro(1994). A Dynamic Theory of Organizacional Knowledge Creation. Organization Science/ Vol. 5, No. 1, February 1994.

160. Núñez Héctor. Actitud de los gerentes en salud del Hospital Universitario “Antonio María Pineda” hacia la ética y los principios de la política de salud de Venezuela. . Barquisimeto 2003
161. Oliver, R. (1981): “Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings”. Journal of Retailing, Otoño: 25-46.
162. Organización Mundial de la Salud (1998), Política de salud para todos para el siglo XXI 51 Asamblea mundial de la salud.
163. Organización Panamericana de la Salud (2001), Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela. 2a. edición. 14 de Mayo de 2001
164. Organización Internacional de estándares, ISO (2005). Historia. 2005.
165. Organización Internacional de estándares, ISO (2000), Norma ISO 9000:2000: Sistemas de Gestión de la Calidad. 2000
166. Organización Internacional de estándares, ISO (2005), Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.
167. Organización Internacional de estándares, ISO (2008), Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos
168. Organización Internacional de estándares, ISO (2009), Norma ISO 9004:2009. Gestión para el éxito sostenido de una organización . Enfoque de gestión de la calidad
169. Organización Mundial de la Salud (2001). Alianzas estratégicas: El papel de la sociedad civil en el ámbito de la salud.. Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil. Relaciones Externas y Órganos Deliberantes. Documento de trabajo n° 1 WHO/CSI/2001/DPI. Diciembre, 2001
170. Organización Mundial de la Salud (1998), Desarrollo de la Capacidad de Conducción sectorial en salud (una propuesta operacional). 1998
171. Organización Mundial de la Salud (1998), Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra
172. Organización Mundial de la Salud, Promoción de la Salud Glosario. Ginebra 1998

173. Organización Mundial para la salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000.
174. Organización Mundial para la salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo. Resumen, octubre 2002
175. Organización Mundial para la salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo. Resumen, octubre 2002
176. Organización Panamericana de la Salud (2000), Lineamientos Para La Elaboración De Perfiles De Los Sistemas De Servicios De Salud En Los Países de la Región de las Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2a. Edición, Junio de
177. Organización Panamericana de la salud (2001). La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
178. Organización para las Naciones Unidas(2000). Resolución aprobada por la Asamblea General del 13 de septiembre de 2000.Declaración del Milenio.
179. Organización para las Naciones Unidas(2004), Enciclopedia de la Salud. 2004
180. Overholt Miles H.; Elena Granell(2002). Desafíos Humanos y culturales de las estrategias orientadas al cliente. Diez dimensiones para la reflexión organizacional. Ediciones IESA 2002.
181. Paganini José María, Humberto de Moraes Novaes(1992). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América latina y el Caribe. Organización mundial de la salud y Federación latinoamericana de hospitales.
182. Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1985): "A conceptual model of service quality and its implications for future research". Journal of Retailing, 49, 44-60.
183. Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1988): "SERVQUAL: a multiple scale for measuring consumer perceptions of service quality". Journal of Retailing, 64, 12-40.

184. Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicio*. Madrid: Díaz de Santos.
185. Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1994): "Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research". *Journal of Marketing*, 58, 111-124.
186. Pérez de Saturno Aída, Fundasalud Lara(2000). *Modelo de descentralización hacia la sociedad civil en el manejo d proyectos de salud*. 2000
187. Pérez Romero Luís Alfonso. *Marketing social (Teoría y práctica)*(2004). Pearson Educación, México, 2004.
188. Priego Alba M., Regino Banegas y Montserrat Manzaneque (2012). Stakeholders y riesgo empresarial desde la perspectiva de La información contable. *Strategy & Management Business Review*. Vol. 3(1), pp. 33-57
189. Pulido de B. Mercedes, *La Constitución de 1999 y Los derechos sociales en La cuestión social en la Constitución Bolivariana de Venezuela*. Maignon Thaís. Temas docencia. CENDES - UCV. 2000
190. Putnam, Robert. *Para hacer que la democracia funcione. La experiencia italiana en descentralización administrativa*. Editorial Galac. Caracas, Venezuela. Cap 3
191. Ramones Q. Carmelo A(2004). *Programa de Monitoreo de la Calidad de Atención en los Servicios de Salud en Ambulatorios del Estado Yaracuy*. Trabajo de Grado para optar al título de Magíster Scientiarum en Salud Pública. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Medicina. Maestría en Salud Pública. Barquisimeto. 2004
192. Rangel B. Juan C (2002). *Análisis comparativo de la eficiencia en el uso de Recursos Financieros entre los Ambulatorios Urbanos Tipo IIIa Carucieña y Dr. Daniel Camejo Acosta del Municipio Iribarren, Estado Lara*. Trabajo de Grado para optar al título de Magíster Scientiarum en Salud Pública. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de Medicina. Maestría en Salud Pública. Barquisimeto. 2002

193. República Bolivariana de Venezuela (2007), Gobernación del Estado Lara. Dirección de epidemiología e Investigación Lara, Sistema de Vigilancia epidemiológica Lara, SIVEL. 2007
194. de los Reyes Eduardo J. F. B; Fausto P. De los Santos; Francisco Eduardo de a Camposll; Francisco de Assis Acurcio; Marcelo T. T . Leite; Maria Léa C. Leite; Mariangela L. Cherchiglia; Max A. de los Santos (1990). Evaluación de la calidad de los servicios de salud: notas bibliograficas. Cad. Salud pública v.6 n.1 Rio de Janeiro ene./mar.
195. Rincón O., Elena M(2003). Evaluación del desempeño de servicios ambulatorios de prevención de cáncer de mama. Estudio de caso trabajo de grado. Decanato de estudios de postgrado. Universidad Simón Bolívar. Mayo , 2003
196. Riutort Matías (2002)La Pobreza en el Trienio 1999 – 2001.Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Universidad Católica Andrés Bello. Revista Temas de Coyuntura, No.45.Junio.
197. Robert H. Brook, Elizabeth A. McGlynn´ and Paul G. Shekelle(2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. International journal for quality in health care
198. Rodríguez Darío y Javier Torres N.(2003) Autopoiesis: la unidad de una diferencia. Luhmann y Maturana. Sociologías No 9. Porto alegre Enero- Junio 2003
199. Rodríguez de Rivera José(1999) El concepto de Organización. Universidad de Alcalá Historia de las formas de organización (social y de la producción) hasta la Revolución Industrial 1999
200. Rodríguez G. Gregorio; Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez(1999). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. 2da edición 1999.
201. Rodríguez M., Darío. Diagnostico Organizacional. México: Alfaomega 2005 (6ta edición).
202. Rodríguez M., Darío. Gestión organizacional. México: Alfaomega 2006 (4ta edición).

203. Rodríguez, Darío(2002). Notas sobre la versión en español de los artículos: Confianza, Los medios generalizados y el problema de la contingencia, El poder, Organización y decisión, Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo. Instituto de sociología Pontificia Universidad católica de Chile. 2002
204. Rojas Gabriel. Fundación Gesta: Una aproximación sistemática a las organizaciones de voluntariado. Revista Mad. No 11. Septiembre 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.
205. Ruelas-Barajas Enrique, Calidad, productividad y costos. Revista Salud Pública de México. Mayo-junio de 1993, vol.35, no.3
206. Sánchez et al, 1996
207. Saturno, Pedro (1999) International Society for Quality in health care and oxford university press. Internacional for QHC 1999 vol. II nº 5 373-374 Quality in health care models labels and terminology. Editorial
208. Sen Amartya Desarrollo y libertad mayo (2000)
210. Senge Peter; Charlotte Roberts, Richard Ross, Bryan Smith, Art Kleiner(2004). La quinta disciplina en la práctica. Estrategias y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje. Granica. 2004.
211. Sergio López-Moreno, Francisco Garrido-Latorre y Mauricio Hernández-Avila, Reseña (2000) histórica de la epidemiología Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica Texto original de publicado en " Salud Pública de México 2000;42(2): 133:143
212. Shein Edgar H(1963). Consultoría de procesos: Su papel en el derecho organizacional. Fondo Educativo interamericano S.A. 1963.
213. Society Behaviors. Sci Citation Classic de la semana. Current Contents. 1983; 15(6):18. 2
214. Soler Marcos Pascual 2004 Hábitos de compra y calidad de servicio (una aplicación en establecimientos de alimentación mediante diseño de encuesta).Departamento de metodología de las ciencias y del comportamiento. Universitat de valencia

215. Soto Sánchez Raymundo(1998) Del origen y la evolución de la teoría de la administración: hacia el desarrollo de nuevos modelos organizacionales
Revista Gestión y estrategia / No.13 / Enero-Julio, 1998
216. Stake Robert E.(1999). Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata 2da edición. 1999.
217. Straus Anselm; Juliet Corbin.(2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. 2002.
218. Temes Montes J.L (Coordinador) Cortes Martinez C.; J. Perol Fernandez; A. Torres Olivera(2006);.Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. McGraw-Hill (1era edición). 2006.
219. Thompson James D(1994). Organizaciones en acción. McGraw-Hill Interamericana..
220. Tobar Federico (2000). Herramientas para el análisis del Sector salud. Medicina y Sociedad. Volumen 23 número 2, julio de 2000.
221. Torres Arreola Laura del Pilar, Norma Patricia Constantino Casas. Equidad y calidad en salud2003. Conceptos actuales. Revista Medica IMSS; 41 (4): 359-364
222. Torres v Sergio, Andrés h Mejía v(1999). Una visión contemporánea del concepto de administración: revisión del contexto Colombiano
223. UNESC O(2000) Gestión educativa estratégica IIPE Buenos Aires Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación 2000
224. UCLA (1993), XXX Años de Historia de la UCLA. Departamento de reproducción e imprenta UCLA.
225. Ulin Priscilla R.; Elizabeth T. Robinson; Elizabeth E. Tolley(2006). Investigación aplicada en salud pública (Métodos cualitativos). Washington D. C.
226. Vargas Zúñiga Fernando (2002). Competencias en la formación y competencias en la gestión del talento humano convergencias y desafíos

227. Vega-Franco Leopoldo (2002), Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Publica Mex; 44:258-265.Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F., México
228. Venezuela, Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela.2000
229. Vera Vitoria, Enrique. Qué es una organización. Venezuela: Panapo.2005
230. Vieytes Rut(2004). Metodología de la investigación. En organizaciones como mercado y sociedad. Epistemología y técnicas. Editorial de las ciencias 2004.
231. White Kerr L. (Editor Principal) (1992). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 534. 1992.
232. World Health Organization(2003), Quality and accreditation in health care services A Global Review Geneva 2003
233. Zarraga Pedro (2001), Experiencias exitosas de Gestión en salud pública. Fundación Polar. 2001
234. Zeithaml Valerie A. ; Mary Jo Bitner(2002). Marketing de servicios. Un enfoque de investigación del cliente a la empresa. Mcgraw-Hill.
235. Zeithaml, Valarie A, Parasuraman, A, Berry, Leonard L (1993) Calidad total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Editorial Diaz de Santos. Madrid
236. Zimmerman Brenda; James W. Begun; Kevin Dooley (2003). Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems .S. M. Mick and M. Wyttenbach (eds.), 2003 Advances in Health Care Organization Theory .San Francisco: Jossey-Bass, pp 253-288