

**Casa abierta al tiempo**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**Programa de mejora:  
Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud.  
La percepción del personal médico en un hospital público.  
Reflexiones desde los Estudios Críticos de Gestión**

**T E S I S**  
**Que para obtener el grado de  
Doctor en Estudios Organizacionales**

**P R E S E N T A**  
**José Jaime Chavira Ortega**

**Director de tesis: Dr. Eligio Calderón Rodríguez**

**Ciudad de México, Iztapalapa, Marzo de 2011**

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
<b>1. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>7</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	7
1.2 SERVICIOS DE SALUD.....	9
1.3 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	10
1.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL.....	15
1.4.1 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD.....	15
1.4.2 ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN EL SECTOR INDUSTRIAL.....	17
1.5 LA CALIDAD TOTAL COMO MODALIDAD DE GESTIÓN.....	22
1.6 CONCEPTOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	25
1.6.1 CALIDAD, PERSPECTIVA MÉDICA.....	29
1.6.2 CALIDAD, PERSPECTIVA ADMINISTRATIVA.....	32
1.6.3 CALIDAD, PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES.....	36
1.6.4 CALIDAD, PERSPECTIVA DE LA SOCIEDAD.....	38
<b>2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO. EL PROGRAMA DE MEJORA: CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>40</b>
2.1 INTRODUCCIÓN.....	40
2.2 MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: ASEGURAMIENTO Y MEJORA.....	42
2.2.1 ELEMENTO COMÚN DE AMBOS MODELOS: LA PREOCUPACIÓN POR LA CALIDAD,.....	43
2.2.2 ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE CALIDAD EN SALUD: APORTE DESDE EL EJERCICIO PROFESIONAL.....	45
2.2.3 ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE CALIDAD EN SALUD: APORTE DESDE EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA.....	47
2.2.4 ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE CALIDAD EN SALUD: APORTE DESDE EL CAMPO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN INDUSTRIAL.....	49
2.3 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....	51
2.3.1 ESTRUCTURA.....	53
2.3.2 PROCESO.....	54
2.3.3 RESULTADOS.....	56
2.4 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.....	58
2.5 VARIACIONES SOBRE UN MISMO TEMA: DE LA EVALUACIÓN, AUDITORÍA, ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.....	69
2.5.1 EVALUACIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....	71
2.5.2 GARANTÍA DE CALIDAD (REFORZAMIENTO DE LA EVALUACIÓN MEDIANTE CÍRCULOS DE CALIDAD).....	72
2.6 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO. PERSPECTIVA DE LA MEJORA.....	74
2.6.1 CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (2001-2006).....	76
2.6.2 LA CRUZADA COMO ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL DE CAMBIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	82
<b>3. EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>85</b>
3.1 ANTECEDENTES.....	85
3.2 EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN.....	86
3.3 MECANISMOS DE COORDINACIÓN.....	88
3.4 PROCESOS Y CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES DE LOS HOSPITALES.....	93

<b>3.5 EL HOSPITAL: CONFLUENCIA DE ESQUEMAS DE ACCIÓN Y ORGANIZACIÓN DIVERSOS .....</b>	<b>99</b>
<b>3.6 FENÓMENOS ORGANIZACIONALES EN LAS ENTIDADES DEDICADAS AL CUIDADO DE LA SALUD.....</b>	<b>103</b>
<b><u>4. LA CALIDAD DESDE LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN.....</u></b>	<b><u>107</u></b>
<b>4.1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>107</b>
<b>4.2 PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO DE LAS ORGANIZACIONES.....</b>	<b>109</b>
4.2.1 CONFIGURACIÓN DEL ENFOQUE ADMINISTRATIVO (MANAGEMENT).....	113
4.2.2 HACIA LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN ECG/CMS.....	120
<b>4.3 ¿QUÉ SIGNIFICA LO CRÍTICO EN LOS ECG/CMS?.....</b>	<b>122</b>
4.3.1 ANTECEDENTES DEL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LOS ESTUDIOS DE ORGANIZACIÓN.....	122
<b>4.4 TEORÍAS CRÍTICAS APLICADAS A LA GESTIÓN.....</b>	<b>125</b>
4.4.1 ESTUDIOS CRÍTICOS SOBRE LA GESTIÓN.....	128
<b>4.5 ENFOQUE POSTMODERNO.....</b>	<b>130</b>
4.5.1 ESTUDIOS DE ORGANIZACIÓN POSTMODERNOS.....	132
4.5.2 ANÁLISIS GENEALÓGICO.....	132
4.5.3 DECONSTRUCCIÓN DE TEXTOS.....	134
<b>4.6 NECESIDAD DE DIALOGO ENTRE LA VISIÓN POSTMODERNA Y EL ANÁLISIS CRÍTICO.....</b>	<b>135</b>
<b>4.7 ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN.....</b>	<b>137</b>
4.7.1 INTENCIÓN NO-PERFORMATIVA.....	138
4.7.2 DESNATURALIZACIÓN.....	140
4.7.3 REFLEXIVIDAD.....	144
<b>4.8 HACIA UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LA GESTIÓN TOTAL DE LA CALIDAD.....</b>	<b>146</b>
4.8.1 ANÁLISIS CRÍTICO DE LA CALIDAD.....	153
4.8.2 ANÁLISIS POSMODERNO.....	156
<b><u>5. ENFOQUE METODOLÓGICO Y ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN.....</u></b>	<b><u>160</u></b>
<b>5.1 PROPÓSITO.....</b>	<b>160</b>
<b>5.2 PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS.....</b>	<b>160</b>
5.2.1 ENFOQUE POSITIVISTA.....	163
5.2.2 ENFOQUE INTERPRETATIVO.....	164
5.2.3 ENFOQUE CRÍTICO.....	165
<b>5.3 ORIENTACIÓN METODOLÓGICA CUALITATIVA.....</b>	<b>167</b>
5.3.1 LA TRADICIÓN CUALITATIVA EN LOS ESTUDIOS ORGANIZACIONALES.....	168
<b>5.4 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>169</b>
5.4.1 TIPO DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	170
5.4.2 CONTROL DEL INVESTIGADOR SOBRE LOS ASPECTOS COMPORTAMENTALES.....	170
5.4.3 LA CONTEMPORANEIDAD DEL FENÓMENO BAJO ESTUDIO.....	171
5.4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	171
<b>5.5 ÉTICA.....</b>	<b>172</b>
<b>5.6 ENTRADA AL ESPACIO ORGANIZACIONAL.....</b>	<b>172</b>
<b>5.7 MÉTODOS.....</b>	<b>173</b>
5.7.1 ENTREVISTA.....	174
5.7.2 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS DOCUMENTALES.....	175
<b>5.8 SELECCIÓN DE LA ENTIDAD Y DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.....</b>	<b>177</b>
5.8.1 MUESTREO.....	177
5.8.2 DURACIÓN DE ENTREVISTAS Y NOTAS DE CAMPO.....	179
<b>5.9 CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>181</b>
<b><u>6. RESULTADOS.....</u></b>	<b><u>183</u></b>

<b>6.1 CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>183</b>
<b>6.2 ¿QUÉ ES CALIDAD?.....</b>	<b>185</b>
6.2.1 CALIDAD GERENCIAL.....	185
6.2.2 CALIDAD MÉDICA (DESDE EL PLANO TEÓRICO).....	186
6.2.3 CALIDAD COMO PRODUCTO DE ACCIONES ESPECÍFICAS.....	187
<b>6.3 CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE CALIDAD (CRUZADA).....</b>	<b>188</b>
<b>6.4 ACCIONES DE MEJORA EMPRENDIDAS.....</b>	<b>190</b>
<b>6.5 SIGNIFICADO DE LA CALIDAD .....</b>	<b>193</b>
<b>6.6 PARTICIPACIÓN DEL ENTREVISTADO Y SUS PARES EN LOS PROGRAMAS DE CALIDAD.....</b>	<b>196</b>
<b>6.7 SATISFACCIÓN ¿QUÉ IMPRESIÓN SE LLEVA EL USUARIO CON LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBE EN EL HOSPITAL?</b> .....	<b>200</b>
<b>6.8 SATISFACCIÓN DEL MÉDICO.....</b>	<b>201</b>
<b>6.9 PERCEPCIÓN DEL HOSPITAL.....</b>	<b>207</b>
<b>6.10 TEMA EMERGENTE 1. ACCIONES DE CALIDAD PROPUESTAS POR LOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>211</b>
<b>6.11 TEMA EMERGENTE 2. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL.....</b>	<b>213</b>
<b>6.12 TEMA EMERGENTE 3. ESCASEZ DE RECURSOS PARA EL EJERCICIO MÉDICO.....</b>	<b>216</b>
<b>6.13 TEMA EMERGENTE 4. REFLEXIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA.....</b>	<b>218</b>
<b>6.14 TEMA EMERGENTE 5. INDICADORES DE CALIDAD.....</b>	<b>221</b>
<b><u>7. A MANERA DE CONCLUSIÓN.....</u></b>	<b><u>224</u></b>
<b>7.1 LAS IDEAS QUE PREVALECCEN.....</b>	<b>224</b>
<b>7.2 CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA PLANTEADO, ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO SELECCIONADO Y RESULTADOS DES-CUBIERTOS.....</b>	<b>228</b>
<b><u>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u></b>	<b><u>236</u></b>

## **ÍNDICE DE CUADROS**

<b><u>CUADRO 1.1 DEFINICIONES DE CALIDAD EN SALUD.....</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>CUADRO 1.2 PROPUESTAS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL.....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>CUADRO 1.3 DEFINICIONES DE CALIDAD Y SUS REPRESENTANTES.....</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>CUADRO 2.1 MODELOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: ASEGURAMIENTO Y MEJORA.....</u></b>	<b><u>66</u></b>
<b><u>CUADRO 2.2 ENFOQUE PARA INSTRUMENTAR LA GESTIÓN TOTAL DE CALIDAD.....</u></b>	<b><u>67</u></b>
<b><u>CUADRO 2.3 OBJETIVOS DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</u></b>	<b><u>83</u></b>
<b><u>CUADRO 3.1 CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES DE UN HOSPITAL.....</u></b>	<b><u>99</u></b>
<b><u>CUADRO 3.2 PRINCIPIOS ORGANIZATIVOS DE LOS ESQUEMAS DE ACTUACIÓN EN UN HOSPITAL.....</u></b>	<b><u>101</u></b>
<b><u>CUADRO 4.1 ESCUELAS DE PENSAMIENTO DEL CONOCIMIENTO ADMINISTRATIVO CONVENCIONAL (MANAGEMENT).....</u></b>	<b><u>114</u></b>

<b><u>CUADRO 4.2 INTERESES CONSTITUTIVOS DEL CONOCIMIENTO DE HABERMAS.....</u></b>	<b><u>127</u></b>
<b><u>CUADRO 5.1 PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS, SUPUESTOS BÁSICOS.....</u></b>	<b><u>166</u></b>
<b><u>CUADRO 5.2 TEMAS INICIALMENTE CONSIDERADOS.....</u></b>	<b><u>175</u></b>
<b><u>CUADRO 5.3 INFORMACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS.....</u></b>	<b><u>178</u></b>
<b><u>CUADRO 5.4 GUÍA DE ENTREVISTA.....</u></b>	<b><u>180</u></b>
<b><u>CUADRO 6.1 TEMAS EMERGENTES.....</u></b>	<b><u>183</u></b>
<b><u>CUADRO 6.2 OCURRENCIA DE LOS CÓDIGOS EN LAS ENTREVISTAS.....</u></b>	<b><u>184</u></b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b><u>FIGURA 1.1 GRUPOS DE INTERÉS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>FIGURA 2.1 ELEMENTOS DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD.....</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b><u>FIGURA 2.2 ACRÓNIMO MNEMOTÉCNICO DE LA CRUZADA.....</u></b>	<b><u>77</u></b>
<b><u>FIGURA 2.3 ACRÓNIMO MNEMOTÉCNICO DE LA CRUZADA.....</u></b>	<b><u>78</u></b>
<b><u>FIGURA 2.4 IMAGEN VISUAL DE LA CRUZADA.....</u></b>	<b><u>79</u></b>
<b><u>FIGURA 3.1 MODOS DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL.....</u></b>	<b><u>100</u></b>
<b><u>FIGURA 3.2 ESQUEMAS DE ACTUACIÓN EN UN HOSPITAL.....</u></b>	<b><u>102</u></b>
<b><u>FIGURA 4.1 PARADIGMAS SOCIOLOGICOS.....</u></b>	<b><u>111</u></b>
<b><u>FIGURA 4.2 LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN Y DE CIENCIA NORMAL DE LO ORGANIZADO EN EL ESQUEMA DE BURRELL Y MORGAN.....</u></b>	<b><u>120</u></b>
<b><u>FIGURA 4.3 GRÁFICO DE CONTROL DE SHEWHART-DEMING.....</u></b>	<b><u>158</u></b>

## INTRODUCCIÓN

---

**E**n el plan nacional de salud 2001-2006 propuesto por la Secretaría de Salud en México<sup>1</sup>, una de las metas a lograr era la prestación de servicios de salud de calidad en cada uno de sus diferentes niveles de atención. La presente investigación da cuenta de cuál es la percepción que personal médico tiene de la instrumentación de la calidad, en una institución de salud de la región centro del país.

En la literatura prescriptiva del cambio en las organizaciones, se habla de la estrategia que debe seguir la gerencia o cuerpo directivo para desarrollar e instaurar propuestas de mejora de calidad, las cuales constituyen en sí mismas arreglos estructurales y funcionales cuyos fines últimos consisten en ofrecer servicios y productos de calidad que satisfagan a los usuarios, así como lograr una mayor eficiencia en la producción de bienes o servicios. La aplicación de estos programas a los servicios de salud es relativamente reciente y de acuerdo a lo reportado en la literatura especializada, los resultados obtenidos hasta la fecha son diversos y sujetos a distintas interpretaciones.

De este modo, se tienen reportes en los cuales se documenta tanto un incremento en la satisfacción del personal que labora en los hospitales que han adoptado programas de mejora de la calidad (Geboers et al., 2001; Sommer y Merritt, 1994), como la presencia de resultados positivos en lo que respecta a la resolución de problemas tanto de índole clínica como de naturaleza administrativa, permitiendo en consecuencia la satisfacción de los usuarios o clientes (Becher y Chassin, 2001; Ruelas, 1990; Shortell, Bennet y Byck, 1998).

Por otro lado se cuenta con estudios que ponen en tela de juicio la efectividad de estas estrategias de mejora, debido particularmente a: 1) el supuesto que establece un predominio de la tarea propiamente médica sobre intentos de control administrativo (Arndt y Bigelow, 1995), 2) la importancia que asignan los esquemas de calidad a la racionalidad administrativa como criterio para la toma de decisiones, situación considerada poco pertinente en el ámbito clínico (Wyszewianski, 1988), y 3) problemas para estandarizar y plasmar en procedimientos o manuales de acción una de las actividades sustantivas que sucede en los hospitales, el denominado encuentro clínico, consistente en la relación interpersonal que tiene el personal médico y paramédico con los pacientes, el cual se caracteriza por el manejo del dolor, la enfermedad y la

---

<sup>1</sup> Secretaría de Salud (2001)

muerte, aspectos todos ellos que presentan un alto grado de incertidumbre en cuanto a su evolución, desenlace, y desacuerdo en la manera de abordarse (Clark y LaBeef, 1982; James, 1993; Smith y Kleinmann, 1989).

Una característica adicional de las organizaciones que prestan servicios de salud como lo es un hospital, es que conjunta en un mismo espacio a ocupaciones profesionales diversas, regidas por esquemas de actuación en los que prevalecen posiciones antagónicas, siendo los más visibles: el criterio profesional del médico y el del administrativo. En cuanto al primero, el médico clínico hará en general todo lo que esté a su alcance y sin escatimar recursos para mejorar el estado de salud de sus pacientes; el criterio administrativo por su parte, correspondiente al del directivo-gerente, buscará ante todo una optimización en el manejo de los recursos con los que se cuenta para la prestación eficiente de los servicios de salud (Kivimäki et al., 1997; Donabedian, 1988).

La temática de aplicar la filosofía y las técnicas de mejora de calidad a los servicios de salud, en específico a las organizaciones hospitalarias, puede ser analizada por dos de los enfoques desde los que se aborda el estudio del fenómeno organizado: el managerial funcionalista y el que nos ofrece la teoría crítica (Reed, 1996; Marsden y Townley, 1996). El primero asume explícitamente una postura a favor de la calidad y considera factible aplicar esta estrategia en el ámbito de las organizaciones de salud para resolver los problemas de operación y producción de la organización (Berwick, 1989; Laffel y Blumenthal, 1989).

La segunda aproximación desde la que aborda esta temática ha sido el enfoque crítico para el estudio de las organizaciones (Alvesson y Deetz, 1996; Reed, 1996), desde el cual se escuchan voces disonantes que expresan su escepticismo hacia la aplicación de los sistemas de mejora de calidad industrial a los servicios de salud (Arndt y Bigelow, 1995; Hansson, 2000). Las razones que se aducen son que los nuevos esquemas de trabajo que se aplican constituyen un desafío a la manera de trabajar que tradicionalmente ha prevalecido en las organizaciones de servicios de salud la cual se caracteriza por la autonomía profesional de su principal actor: el médico. Autonomía que se ejerce cotidianamente tanto en la formación de los médicos como en la práctica profesional: el trabajo médico sólo puede ser juzgado por sus pares y su educación solamente avalada por médicos titulares (Hogarth-Scott y Wright, 1997).

Habría que preguntarse en qué medida los resultados de un programa de mejora de calidad en el sector salud instrumentado en México bajo la denominación de

"Cruzada por la calidad", el cual buscó reducir tiempos de espera y mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, repercutió efectivamente en el bienestar de la población. Es decir, qué tantos beneficios se obtienen para usuarios y prestadores de servicios la puesta en operación de estos programas, o bien si estos arreglos organizacionales se constituyen en mecanismos de control por parte del *management*, hacia los integrantes de las organizaciones de salud como parecería sugerirlo un enfoque crítico. Esta idea no puede desecharse por completo si consideramos que el tiempo de espera no constituye para el paciente un factor primordial a partir del cual gravite el resultado final de su experiencia con los servicios de salud (Newman y Pyne, 1996), así como tampoco lo es que reciba sonrisas o un trato amable por parte del personal de servicio. Lo que en realidad cuenta para el paciente es que se respete su privacidad y se maneje confidencialmente la información sobre su padecimiento, pero sobre todo es ver resuelta la problemática de salud por la que asiste a consulta (Donabedian, 1988; Siren, 2001).

Dentro de la literatura que aborda la investigación en salud, son escasos los trabajos que dan cuenta de la percepción que se tiene respecto a la incorporación de los sistemas de mejora de calidad por parte de uno de los principales participantes de estas organizaciones: los médicos, figura central alrededor de la cual se estructuran los servicios de salud. Los estudios que consignan el sentir de estos actores (personal médico), durante la instrumentación de esquemas de mejora, muestran en general un desacuerdo ante la intromisión de controles administrativos en el desempeño de sus tareas (Hogarth-Scott y Wright, 1997), y las condiciones de escasez de recursos bajo las cuales se brindan los servicios de salud en México (Bronfman et al., 1997b).

Pocos estudios exploran la percepción, en términos de la explicación que los propios actores atribuyen al proceso de implantación y operación de un programa de mejora de calidad; una excepción es el trabajo desarrollado por Kivimäki et al. (1997) y aunque con otro propósito lo es también el trabajo de Bronfman et al. (1997b), quienes dan cuenta de la impresión que tienen de los servicios de salud los propios prestadores del servicio. En México los reportes al respecto describen programas de garantía de calidad y no de mejora continua de calidad (Aguirre, 1997; Ruelas et al., 1990).

Un tercer punto es que los estudios existentes han estado orientados más a dar cuenta de los beneficios que se obtienen por adoptar tales estrategias de mejora y en proponer guías de acción para instrumentarlos (Asubonteng et al., 1996; Jackson, 2001), que en rendir información respecto a los resultados que se obtienen. De este modo, la evidencia con la que se cuenta parece indicar que los

resultados no han sido tan efectivos como inicialmente fueron previstos por sus promotores.

Altas son las expectativas que se tienen de la aplicación de la calidad en el sector salud en México, en tanto se ha continuado con la instrumentación de este enfoque en los últimos tres periodos de gobierno, desde 1994 hay referencias de su instrumentación mediante programas particulares, sin embargo poco se habla de sus resultados (Secretaría de Salud, 1994a, 2001, 2007c). De ahí que la pregunta que como estudioso de las organizaciones aquí se plantea, no radica en averiguar la efectividad o no de la propuesta de calidad o el grado de control que se ejerce o no sobre el médico con la operación de estrategias de mejora, sino en conocer ¿Cuál es la percepción de los actores respecto a las acciones que se ponen en marcha en su hospital, en el contexto de la aplicación de un programa de mejora de calidad?

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

---

El propósito de esta investigación es explorar la percepción que el personal de salud tiene con respecto a las acciones y propósitos de un programa de mejora de calidad, aplicado en un hospital público de segundo nivel en el país.

Para lograr el objetivo del presente estudio, la estrategia de investigación empleada es el estudio de caso, utilizando como herramientas de investigación entrevistas semi-estructuradas con personal médico, así como el análisis de la documentación disponible del programa de mejora desde la perspectiva de los estudios críticos de la gestión.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

---

La información que se obtenga a partir del desarrollo de esta investigación y que describe la percepción del personal de salud de una institución pública que aplica un programa de calidad, permite profundizar en diferentes líneas de trabajo. De este modo se considera que este estudio plantea la generación y avance del conocimiento en el rubro de 1) los procesos de cambio desde la perspectiva de sus actores, 2) el estudio de las instituciones que prestan servicios de salud, y 3) el desarrollo de estudios cualitativos en organizaciones.

En cuanto al primer aspecto: procesos de cambio organizacional, la investigación que aquí se desarrolla analiza la aplicación de la mejora de calidad en tiempo real, diferenciándose de la generalidad de estudios que dan cuenta de prescripciones para cambiar y de estudios anecdóticos de experiencias exitosas, situación que es común tanto para el área de la industria o empresa, como para los servicios de salud.

El conocer de primera mano la percepción que tiene el personal de salud respecto a procesos de mejora puestos en marcha en su centro de trabajo, permite identificar que las situaciones que ahí ocurren y se estructuran como acciones de cambio, distan mucho de ser semejantes -e incluso en ocasiones son contrarias- a la prescripción que se dicta en los programas, los cuales indican el qué y el cómo deben realizarse los procesos y los resultados que se esperan encontrar.

La segunda consideración al trabajo que aquí se desarrolla se enfoca en proponer el estudio de las instituciones de la salud como un área particular de análisis del fenómeno organizado, de la misma forma que lo son la industria, la empresa, la administración pública y la educación. Este argumento tiene como base la organización particular que presentan las instituciones que prestan servicios de salud como son las clínicas y los hospitales: un grupo médico/paramédico y un grupo administrativo claramente definidos, la existencia de dos líneas de autoridad (médica y administrativa), la coincidencia en un mismo espacio y tiempo de diversos grupos profesionales, cada uno con sus propios códigos de comportamiento, una materia de trabajo caracterizada por la incertidumbre tanto en términos de la demanda (presencia de una emergencia de salud –epidemia- o catástrofe que exigiría a un mismo tiempo infinidad de servicios), como en los resultados obtenidos, dado que las reacciones al tratamiento y la evolución de cada paciente es única.

Consideramos entonces que este tipo de organizaciones han sido dejadas de lado en los estudios de organización, no obstante la riqueza de fenómenos que ahí pueden apreciarse y la vigencia que tienen en la sociedad.

En cuanto al tercer aspecto esta investigación contribuye a desarrollar estudios cualitativos en el área. Los estudios que han indagado la percepción del personal de salud lo han hecho en términos del grado de satisfacción que tienen con respecto a ciertos rubros o características de la prestación del servicio: tiempo de atención al paciente, cantidad de información que se brinda y opinión favorable o no de las auditorías médicas (Hogarth-Scott y Wright, 1997; Newman y Pyne, 1996). El parecer de los respondientes es traducido entonces a

índices o porcentajes del grado de acuerdo-descuerdo con respecto al ítem planteado lo que a nuestro juicio da cuenta de lo que ahí ocurre en términos que no capturan la percepción o sentir de sus integrantes. Esta investigación adopta una estrategia distinta para aprehender la percepción que tienen los médicos respecto a la instrumentación del proceso de mejora de calidad que está llevándose a cabo en su centro de trabajo: la realización de un estudio de caso (Yin, 2003), que explora el sentir del personal respecto a la experiencia vivida (Van Maanen, 1990).

La investigación realizada se presenta en siete apartados. El primero expone conceptos básicos sobre la noción de calidad en los servicios de salud y retoma algunos antecedentes del ámbito industrial de este enfoque; asimismo se delinea la calidad como un modo de gestión particular. El segundo capítulo aborda el esquema de la calidad aplicado a los servicios de salud, se revisan sus antecedentes tanto industriales como los generados en las propias organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo veinte. Se realiza una descripción puntual de las acciones de calidad en el sector salud en México, desde sus propuestas iniciales de aseguramiento a partir de la segunda mitad del siglo pasado hasta la actualidad. Asimismo se describe la campaña de la Cruzada, instrumentada en el periodo 2001-2006 y que fue objeto de análisis mediante las entrevistas realizadas que aquí se presentan.

En el tercer apartado se aborda el hospital como organización, describiendo sus principales mecanismos de coordinación y características particulares de esta entidad organizativa. El cuarto capítulo presenta el esquema conceptual que guía la realización e interpretación misma de este trabajo, los denominados estudios críticos de gestión, se plantean sus antecedentes, desarrollo particular y perspectivas que ofrecen para dar cuenta del fenómeno organizado.

En la quinta sección se expone el enfoque metodológico seleccionado para conducir la investigación e interpretar los resultados: la perspectiva cualitativa. Se presentan algunas precisiones sobre el método empleado y el camino que se recorrió para analizar e interpretar los resultados. El penúltimo capítulo aborda propiamente los resultados del estudio en voz de los actores principales, los médicos entrevistados quienes dieron cuenta de su sentir respecto al programa instrumentado: cruzada por la calidad de los servicios de salud. La última sección presenta un conjunto de reflexiones sobre el tema tratado, la estrategia de investigación adoptada, los resultados descubiertos, la experiencia de la investigación y la situación particular que prevalece en el sector salud en México.

# 1. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

---

## 1.1 INTRODUCCIÓN

---

La aplicación de las técnicas de calidad total en los servicios de salud es relativamente reciente. Hacia fines de la década de los años ochenta del siglo pasado, se comienza a introducir el concepto de calidad y sus técnicas en el sentido industrial al ámbito de la salud; su traslado formal se formaliza con los médicos norteamericanos Donald Berwick y Paul Batalden (Blumenthal y Kilo, 1998), quienes asistiendo a un seminario Deming<sup>2</sup>, contemplan como factible la aplicación de las técnicas que brinda esta área de conocimiento a la ciencia médica, específicamente a la administración de los servicios de salud y al área clínica.

Este movimiento cobra fuerza durante la década de los noventa del siglo pasado, otorgando un nuevo impulso a las nociones de calidad ya existentes desde varias décadas atrás en el propio ámbito de la medicina. El área de aplicación de este nuevo impulso comprende principalmente la administración de los servicios de salud, particularmente en la vertiente de servicio al usuario o cliente.

Para ubicar la aplicación de las técnicas de mejora de calidad propias de la industria a los servicios de salud, se requiere tener presente dos factores que permiten ubicar su desarrollo y los resultados que se han obtenido: 1) el esquema de prestación de los servicios de salud, y 2) el concurso de diversos actores en la conformación del concepto de calidad en materia de salud, sin olvidar por supuesto, el diseño de estrategias específicas que desde la propia práctica de la medicina institucional buscan asegurar un cierto nivel de desempeño en las acciones médicas.

El primero corresponde a las diferentes modalidades de los servicios de salud que prevalecen: asistencial de carácter público, la seguridad social de carácter

---

<sup>2</sup> Los seminarios Deming constituían cursos gerenciales de cuatro días en los cuales su propio autor W. Edwards Deming, exponía sus métodos basados en la orientación del control estadístico de la calidad. El origen de esto seminarios es el Japón de la Posguerra (década de los años cincuenta del siglo anterior), país en el que Deming impartirá sus primeras conferencias al respecto. Actualmente el seminario sigue impartándose a través del W. Edwards Deming Institute. Consultar: <http://deming.org/>

mixto, o bien la práctica de la medicina privada (Frenk 1997). La aplicación del modelo de mejora continua ha encontrado eco en ambos sectores: público y privado, en tanto promete una mayor eficiencia en el manejo de los recursos, el logro de las metas propuestas, aumento en la cobertura de población atendida y una mayor satisfacción de los usuarios o clientes; todos ellos requisitos ineludibles y constantes para cualquier organización dedicada al cuidado de la salud.

El segundo aspecto que es necesario considerar para la comprensión de la calidad en materia de servicios de salud corresponde a las perspectivas en que se le puede definir y abordar, de este modo se tiene calidad desde un enfoque médico, uno administrativo, otro desde el punto de vista de los usuarios así como uno más desde la propia sociedad en su conjunto.

Tomando en cuenta los dos factores mencionados, se presenta a continuación un recorrido histórico y revisión de la aplicación de las técnicas de mejora en el contexto en el que inicialmente surgen y se formalizan: el ámbito industrial y de servicios. Se da cuenta también de su empleo y utilización en el área de la atención a la salud, particularmente en el marco de la medicina institucional. De este modo el primer factor: la naturaleza del sistema de salud, nos permite contextualizar la aplicación y el soporte que han recibido o no las técnicas de la calidad total, por parte de consultores organizacionales y académicos, personal directivo, personal médico y de salud, así como de las propias autoridades en la materia. El segundo factor que concierne a los grupos de actores que participan en la provisión de los servicios de salud permite ubicar los intereses que están en juego en la conformación de la calidad en esta área.

Este capítulo está dividido en cinco apartados, en el primero se expone la noción de servicios de salud y en el segundo los conceptos básicos de la propuesta de calidad en esta materia. En un tercer momento se presenta la propuesta de la calidad desde el marco de la organización industrial, conocida también como el enfoque administrativo-científico de la misma. Aquí se revisan los autores denominados clásicos en el campo de la calidad, cuyos ámbitos de acción corresponden al sector industrial y de servicios, en esta misma sección se da cuenta también de la propuesta más acabada, la denominada mejora continua de la calidad. En el apartado siguiente se presenta el enfoque de la calidad como una modalidad de gestión para las organizaciones (Gestión de la calidad total). Finalmente se presenta el concepto de calidad de los servicios de salud desde

cada una de las perspectivas de los grupos de actores interesados en su provisión, gestión y recepción.

## 1.2 SERVICIOS DE SALUD

---

Por servicios de salud se entiende la asistencia y apoyo en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades así como el mantenimiento de la salud misma. La prestación institucional de servicios de salud incorpora organizadamente tanto recursos humanos como materiales "... por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles" (Organización Panamericana de la Salud, citado en Martínez, 2007:21).

El cuidado institucional de la salud de la población, específicamente la atención médica, comprende diversos niveles de atención. Así se tiene, dependiendo de la naturaleza del servicio que se brinde, a los centros de salud, las clínicas y los hospitales, que pueden ser de nivel preventivo y atención primaria los dos primeros y de atención especializada y cuidados intensivos a problemáticas particulares el último. El personal que labora en estas entidades organizativas desarrolla labores de atención y cuidado a la salud de la población y a quien así lo solicite. Las actividades ahí desarrolladas tienen como propósito la promoción, el mantenimiento o cuidado del bienestar físico, mental y social de los individuos y no sólo la atención de las enfermedades que los aquejan, esto con base en la definición de salud de la OMS<sup>3</sup>.

Las acciones que se emprenden para cuidar la salud de los individuos son regularmente asociadas en exclusiva con la atención que brindan los médicos, tal idea se manifiesta en la obra de Avedis Donabedian (1984, 1988), quien fuera uno de los principales promotores de la calidad en materia de salud de la época moderna, él destaca que es en la ciencia (el conocimiento de la ciencia médica) y en el arte de la práctica médica (el manejo de relación interpersonal con los pacientes), en donde se concentran las acciones de los servicios de salud. Cabe aclarar que si bien la acción de servicio centrada solamente en el médico atendiendo a un paciente viene a configurarse como el arquetipo de la atención a la salud, también es cierto que en un marco institucional, no son estos los únicos

---

<sup>3</sup> La OMS (Organización Mundial de la Salud), define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Cfr. <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>. Consultado el 13 de septiembre de 2009.

actores, en tanto que una entidad organizativa de mediano tamaño que preste estos servicios, por ejemplo un hospital, puede contar hasta con 200 diferentes ocupaciones entre personal médico y sus diferentes especialidades; el personal de la rama de enfermería presenta a su vez áreas de especialización diversas dependiendo de su labor: quirúrgica, pediátrica, del trabajo, entre otras; el personal paramédico (técnicos en urgencias médicas, auxiliares, asistentes, camilleros); los profesionales técnicos especializados (laboratorio, rayos X, e ingeniería biomédica); el personal de mantenimiento, el personal administrativo, el personal de servicios generales así como el cuerpo directivo o de gobierno (Mack, 1979). Asimismo, si nos centramos en la práctica de las profesiones que tienen que ver con el bienestar de los individuos, además de las labores del médico atendiendo enfermos, existen acciones tanto preventivas como de difusión de la salud en un primer nivel de atención así como de cuidado y tratamiento particular en niveles de alta especialidad en donde otros actores aparte del médico, desempeñan actividades específicas: enfermería, nutriología, odontología, psicología y otros profesionales especializados del sector.

---

### 1.3 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

---

La calidad en general tiene muchas definiciones, pero se parte aquí de la noción básica que predomina en el área de gestión de las organizaciones, que la establece (siempre en referencia a un producto o servicio), como la satisfacción de expectativas por parte de las personas en cuanto a la relación costo-beneficio que obtienen de su adquisición, consumo o utilización; en el marco de esta satisfacción se espera que el producto o servicio cumpla con las normas o requisitos para su elaboración o entrega (Barba, 2002; Mercado, 1991a). Esta concepción extendida de calidad, aunque si bien contempla aspectos como el apego a ciertos estándares o reglas de elaboración del producto o prestación del servicio, regularmente otorga un mayor énfasis al grado de satisfacción que genera en el público consumidor o usuario, la adquisición del bien o la demanda cubierta por el servicio recibido.

La satisfacción, como componente de la calidad, resulta no solo un juicio subjetivo sino variable en función de quién o quienes sean y qué lugar ocupen los interesados en el proceso contexto organizacional de la producción o prestación de los productos o servicios.

El concepto de calidad aplicada al ámbito de la salud tiene varias definiciones en función de quien la enuncie y la posición que ocupe en el esquema de prestación de servicios. Para el usuario de servicios, calidad puede significar que lo atiendan, que le resuelvan su demanda de servicio de salud, que no espere demasiado tiempo para ser atendido; sin embargo, no sólo el componente satisfacción del paciente está en juego en la provisión de servicios de salud; también debe considerarse el juicio calificado del profesional de la salud, quien puede determinar que aquello que satisface al paciente le implica un riesgo mayor e incluso su vida misma desde el punto de vista médico. Más aún, la provisión o no de insumos y materiales para la realización del servicio (consulta, intervención), así como el cumplir o no con ciertas condiciones mínimas e infraestructura por parte de la entidad que presta la atención (léase autoridades medico-administrativas), pueden comprometer e influir en la calidad final percibida por los usuarios y por los otros actores participantes de los servicios de salud.

De ahí que el abordaje de la calidad en el ámbito de la salud tenga necesariamente que incorporar otros aspectos y actores dada la naturaleza particular del proceso mismo: la situación específica del estado de salud de las personas, el grado de avance del conocimiento médico, los profesionales de la salud que participan y el marco organizacional que subyace a la prestación de los servicios.

Con objeto de contar con una definición y dada la referencia indistinta, en lo que respecta a esta materia, de ubicar a la calidad médica como calidad en servicios de salud o calidad en el cuidado a la salud, se utiliza como punto de partida el concepto de calidad de atención como la obtención "... del máximo beneficio con el mínimo de riesgos, a través de la utilización adecuada del recurso y la tecnología vigente, para lograr la satisfacción de las expectativas del paciente, del proveedor del servicio y de los directivos, en un marco de democracia, humanismo y equidad" (Martínez et al., 1996:400).

Si bien esta definición conjunta aspectos que pueden entrar en contradicción uno con otro: por un lado la visión humanista y por el otro la adhesión a un criterio de eficiencia en el manejo de recursos para la salud; también es cierto que contiene los elementos que la mayoría de las definiciones de calidad en salud contemplan. Así tenemos que se destaca: a) la ya mencionada preponderancia del componente médico, b) una relación costo-beneficio de los aspectos que participan en el proceso (grado de intervención versus beneficios esperados), c)

utilización y disponibilidad de recursos, d) la perspectiva de satisfacción desde tres miradas: la del paciente, la que corresponde al proveedor de los servicios (profesionales de la salud), y la que se relaciona con la institución, así como e) el marco u orientación general que caracteriza el servicio mismo.

En el cuadro 1.1 se presentan diversas definiciones de calidad en salud, en ellas puede apreciarse que contemplan elementos particulares y coinciden en aspectos comunes: la aplicación de los conocimientos de la ciencia médica, la utilización de un criterio de eficiencia en cuanto a cantidad de beneficios esperados en comparación con los riesgos de salud en que se incurre y los costos que conlleva el servicio, así como la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, y en una menor proporción, referencias al componente de los prestadores de servicio.

La identificación de estos elementos resulta de fundamental importancia en la comprensión de la propuesta que aquí se presenta, pues los arreglos institucionales de corte convencional -léase la gestión de la calidad de los servicios de salud-, intenta atrapar y confeccionar al mismo tiempo y bajo un modelo explicativo las diversas pautas de acción que desarrollan los grupos o actores que participan en la provisión de servicios de salud: el ejercicio de los profesionales en el desempeño de sus labores, la experiencia de los pacientes o usuarios de estos servicios, así como las demandas organizacionales de las entidades en donde se generan los mismos.

CUADRO 1.1 DEFINICIONES DE CALIDAD EN SALUD

Autores	Definición de calidad de atención en salud
<b>Aguirre (1997)</b>	Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.
<b>Black (1990), en Newman y Pyne (1996)</b>	No es suficiente considerar sólo la competencia técnica de aquellos que prestan servicios de salud; más bien, un servicio de calidad es aquel que provee un cuidado efectivo y es otorgado humana y eficientemente.
<b>Gill (1993), en Newman y Pyne (1996)</b>	La buena calidad médica consiste en la competencia técnica: decisiones correctas, intervenciones apropiadas, así como auditorias y medicina basada en evidencias
<b>Hogarth-Scott y Wright (1997)</b>	En la calidad en salud hay grupos de interés: desde pacientes hasta gobierno, así como aspectos básicos: el médico-técnico, el interpersonal y las instalaciones. El enfoque del gobierno respecto a la calidad es mediante el establecimiento de estándares.
<b>Martínez et al. (1996)</b>	Satisfacción de la demanda de atención médica, de acuerdo a una normatividad dictada generalmente por el nivel central, con énfasis en la productividad, dentro de un presupuesto determinado (techo financiero), sin quejas de los usuarios y que además le represente al directivo, status social, profesional y político: satisfacción individual y motivación.
<b>Morgan y Murgatroyd (1994), en Newman y Pyne (1996)</b>	El cuidado que tiene la capacidad de cumplir los objetivos tanto del médico como del paciente, considerando las necesidades del paciente–cliente.
<b>Ovretveit (1992)</b>	La calidad de los clientes se refiere a lo qué tanto ellos como los prestadores demandan como servicio, la calidad profesional significa cumplir adecuadamente las técnicas y procedimientos que se considera necesarios para satisfacer las demandas del cliente; por último la calidad administrativa se refiere al uso más eficiente y productivo de los recursos dentro de los límites e indicaciones establecidas por las autoridades y los compradores.
<b>Qualimed (2000)</b>	La calidad en la atención médica se expresa asegurando el logro de los mayores beneficios posibles en la salud del paciente, sometiéndolo a los menores riesgos y procurando el óptimo uso de los recursos disponibles (para evitar desperdicios y reducir costos).
<b>Rosander (1989), en Newman y Pyne (1996)</b>	La medición de la calidad del servicio médico corresponde a que la interpretación de los exámenes de laboratorio, la elaboración del diagnóstico y el tratamiento sean correctos, efectivos y ayuden a los pacientes
<b>Ruelas et al. (1990)</b>	Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de manera que rinda el máximo de beneficio con el mínimo de riesgos.
<b>Ruelas y Querol (1994)</b>	La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. La calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, estos beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma.

Estos elementos son reiterados en las propuestas de gestión de calidad tanto en el área de salud como en el ámbito de las organizaciones, sean estas de manufactura o de servicios. De este modo, no obstante que este trabajo recoge únicamente experiencias de profesionales médicos respecto a la percepción y conocimiento de las técnicas e instauración de programas de calidad en un hospital del sector público del país, el análisis que aquí se realiza puede extenderse a las diversas acciones desarrolladas en la materia por diversos figuras y otras instancias de la organización misma. Esto es debido a que para la consecución de resultados de calidad en una organización, se requiere de la participación de los diversos actores que participan, cada uno de ellos en actividades relacionadas con su área de especialidad: sean administrativas, contables, de soporte técnico (mantenimiento de la estructura e infraestructura del sitio: equipo de alta tecnología, procesamiento de información y laboratorio), o bien del campo de conocimiento acorde con la tarea principal que se desarrolle.

Por lo que de igual forma a lo que sucede con la asociación inmediata de los servicios de salud con la labor de los médicos, la aplicación de las técnicas de control y mejora de calidad parecen estar dirigidas y aplicarse en primera instancia a este ámbito (producto quizás de la preponderancia histórica de la figura médica y de constituir el eje a partir de cual se articulan las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud); sin embargo, son difundidas y solicitadas hacia todos los que participan en la organización. Más aún, es un hecho que estas técnicas se aplican con mayor amplitud en las actividades propias de la gestión de los servicios de salud, y en menor grado con tareas propiamente de orden clínico (Shortell, Bennett y Byck, 1998).

La pregunta que enseguida se intenta responder es cuál ha sido el desarrollo de estos conceptos en ambos campos (organizaciones industriales y organizaciones de salud), la posible influencia recíproca entre ambas propuestas así como la pertinencia o no de su empleo en el marco de los servicios de salud en el sentido amplio, y no reducido a la práctica o ejercicio del médico.

## 1.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL<sup>4</sup>

---

En esta sección se da cuenta de las premisas fundamentales del enfoque denominado Gestión de la Calidad Total (GCT)<sup>5</sup>, el cual constituye una de las bases en las que se apoya la perspectiva de calidad que se adopta en las organizaciones que tienen como encomienda el cuidado de la salud de las personas (Berwick, 1989; Martínez, 2007).

La gestión de la calidad en las organizaciones no constituye una preocupación reciente, existen antecedentes de su cuidado y promoción en ámbitos tan diversos como la construcción de inmuebles y obras arquitectónicas, la conformación de ejércitos, y la elaboración artesanal en la antigüedad, siendo factible encontrar ejemplos tanto en el imperio romano como en una fábrica veneciana de armamento del siglo XVI (Kelemen, 2003). En la actualidad se despliega mediante diversas perspectivas o enfoques: calidad en el producto, en su manufactura, calidad basada en el valor, y calidad desde la perspectiva del usuario (Garvin, 1984). Cada una de ellas aporta elementos para una conceptualización contemporánea de calidad en donde están presentes tanto aspectos propios del ámbito fabril y que corresponden a su origen moderno en donde persiste una preocupación por el producto mismo, los procesos y requisitos necesarios en su manufactura o confección; hasta una preocupación por satisfacer las expectativas de los usuarios o consumidores enmarcada en el contexto actual de la satisfacción del cliente.

---

### 1.4.1 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD

---

La etimología del término calidad proviene del latín *qualitas*, y se emplea para designar la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor<sup>6</sup>. Así tenemos que en la sociedad moderna la calidad denota las características relevantes de un producto o servicio (Barba, 2002).

---

<sup>4</sup> Del inglés *Total Quality Management*.

<sup>5</sup> En lo sucesivo se emplearán las siglas GCT para denominar al enfoque de gestión de la calidad total.

<sup>6</sup> Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición, [http://buscon.rae.es/drae/SrvltGUIBusUsual?TIPO\\_HTML=2&TIPO\\_BUS=3&LEMA=calidad](http://buscon.rae.es/drae/SrvltGUIBusUsual?TIPO_HTML=2&TIPO_BUS=3&LEMA=calidad), consultado el 09 de septiembre de 2009.

La gestión de la calidad en las organizaciones constituye un esfuerzo planeado, materializado mediante un conjunto de acciones por parte de los productores y de los gerentes o *managers* tanto en el ámbito fabril como en el de servicios, el cual tiene como propósito asegurar las características de los productos o servicios en términos de los requisitos que deben cumplir para su comercialización, utilización y/o consumo.

El énfasis en el aseguramiento de ciertas características del producto o servicio, la conformidad con especificaciones particulares en los procesos de producción, el estado de eficiencia obtenida en su producción que repercutirá en su valor final, y el grado en que se satisfacen o no las expectativas de los usuarios, constituyen una de las dos vertientes del proceso de gestión de la calidad: la técnico-administrativa. Desde esta perspectiva la calidad se constituye como una tarea técnica, operacional y administrable (Kelemen, 2003).

La otra vertiente de la gestión de calidad, la que se concibe como un factor de cambio organizacional (Barba, 2002), apunta a considerársele como un esfuerzo igualmente planeado, coordinado ahora por la alta dirección de la organización, que busca una transformación cultural en el ámbito de la organización y de la sociedad misma en cuanto a la producción y el consumo de bienes y servicios.

A partir de esta distinción entre las dimensiones que integran la actual noción de la gestión de calidad, se emplea aquí la definición que ofrece Jeanne Almaraz (1994), la cual incorpora las dos vertientes arriba mencionadas: la técnico-administrativa y la de cambio cultural:

La gestión de la calidad total hace referencia a un proceso que tiene como propósito establecer acciones organizadas de mejora continua, que incorporen a cada uno de los integrantes de la organización en un esfuerzo totalmente integrado hacia la mejora del desempeño en todos los niveles (Almaraz, 1994:9).

De este modo tenemos que la gestión de calidad comprende tanto prácticas específicas de carácter técnico administrativo que abarcan acciones de medición, estandarización, inspección, utilización de equipos de alta precisión y retroalimentación de los resultados obtenidos (mejora continua); así como tareas que corresponden a un liderazgo efectivo por parte de la alta gerencia y generación de un compromiso por parte de los empleados hacia la tareas

básicas de la organización –aspectos que se corresponden con un enfoque de cambio organizacional- (Kelemen, 2003).

Enseguida se presentan brevemente los antecedentes de la gestión de calidad en las organizaciones modernas y sus principales exponentes, destacando aspectos relevantes de las propuestas, específicamente respecto al cuidado de los procesos de producción, la incorporación de la perspectiva de los usuarios y la gestión o administración de la calidad a partir del compromiso de los integrantes de la organización y la alta gerencia; así como la importancia prestada a la relación que se establece con los clientes o usuarios por parte de la entidad productora de los bienes o servicios.

---

#### 1.4.2 ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN EL SECTOR INDUSTRIAL

---

La mayoría de los autores coinciden en ubicar los orígenes de la gestión de la calidad total en el Japón hacia la década de los años cincuenta del siglo pasado, sitio en donde se introduce el control de calidad estadístico por los estadounidenses William Edwards Deming y Joseph Moses Juran, en tanto que Armand Vallin Feigenbaum hace lo propio desde Norteamérica (Krüger, 2001; Martínez-Lorente et al., 1998; Kelemen, 2003). Se presentan entonces, los exponentes clásicos del control de calidad, así como de los desarrollos modernos, con un énfasis en el componente cultural, personificados en autores como Phil Crosby y Tom Peters.

Deming y Juran desarrollan y exponen sus ideas en Japón, en el periodo posterior a la conclusión de la II Guerra Mundial, su argumento base establece que el control de calidad debe ser parte integral de los sistemas de control de la organización, en donde la prevención y no la detección, constituyen la clave para el éxito de la organización. La principal aportación de Deming consistió en señalar que la variabilidad es inherente a todo proceso de producción, estableciendo dos causas principales, las denominadas causas especiales, fácilmente identificables y resueltas por el operario mismo, y las denominadas causas comunes debidas al diseño y operación de los procesos, cuya responsabilidad corresponde a la gerencia (Kelemen, 2003). Específicamente la tesis de William Deming establece que al mejorar la calidad es posible incrementar la productividad, dando como resultado una mayor competitividad del negocio (Krüger, 2001).

Por su parte Juran, quién conduce también seminarios en el Japón de la posguerra, amplía la propuesta de Deming al señalar que el control de calidad debe ser parte integral de la función de la gerencia. Establece también que la calidad no ocurre por accidente, por lo que debe ser necesariamente planeada, igualmente será el responsable de introducir tanto la noción de cliente interno, aspecto considerado clave en la literatura de la gestión de la calidad, así como de establecer los objetivos de calidad en términos cuantitativos y temporales, siendo responsable de su control y seguimiento la gerencia misma (Krüger, 2001; Kelemen, 2003). Un resumen de las propuestas de los diversos autores considerados clásicos en la gestión de calidad total se presenta en cuadro 1.2

Otro influyente autor norteamericano del enfoque de calidad, aunque quizás menos conocido es Feigenbaum, cuya contribución mayor reside en incorporar a toda la organización en la tarea del control de la calidad. Su obra: "*Quality Control: Principles, Practice and Administration*", publicada en 1951, aporta elementos igualmente importantes como la cuantificación y el control de los costos de la no calidad, con lo que extiende los ámbitos del control no sólo a la inspección sino también al diseño, los materiales, los procedimientos de muestreo, y el control estadístico de los procesos (Kelemen, 2003; Krüger, 2001).

CUADRO 1.2 PROPUESTAS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL

Principios de transformación Deming	Trilogía de Juran Procesos de la calidad:	Control total de calidad Feigenbaum	Gestión de la Calidad Total Ishikawa	Pasos mejora de la calidad Crosby
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear constancia en el propósito de mejorar.</li> <li>2. Adoptar la nueva filosofía de aprendizaje de la calidad.</li> <li>3. Dejar de depender de la inspección.</li> <li>4. Finalizar con la práctica de centrar los negocios sólo en el factor precio.</li> <li>5. Mejorar constantemente los sistemas de producción y servicio.</li> <li>6. Instituir la formación en el trabajo.</li> <li>7. Instituir el liderazgo.</li> <li>8. Promover una dirección que no infunda temor.</li> <li>9. Derribar barreras entre departamentos.</li> <li>10. Eliminar eslóganes</li> <li>11. Eliminar metas numéricas y gestión por objetivos.</li> <li>12. Fomentar el orgullo en el trabajo.</li> <li>13. Instituir programas de educación y de autodesarrollo.</li> <li>14. Empezar acciones, basándose en un plan, para lograr la transformación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificación de la calidad, proceso de preparación para cumplir con las metas de calidad.</li> <li>2. Control de calidad, proceso para cumplir con las metas de calidad durante las operaciones.</li> <li>3. Mejoramiento de la calidad, proceso para alcanzar mejores niveles de ejecución.</li> </ol> <p><i>Planificación de la calidad:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer metas de calidad.</li> <li>2. Identificar clientes y sus necesidades.</li> <li>3. Desarrollar productos y procesos.</li> </ol> <p><i>Control de la calidad:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Elegir elementos de control y unidades de medida.</li> <li>5. Establecer metas y medir el desempeño.</li> <li>6. Comparar metas y desempeño.</li> </ol> <p><i>Mejora de la calidad:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bajar el coste de la mala calidad</li> <li>8. Mejorar niveles de ejecución.</li> </ol>	<p>Propone cuatro tipos de control:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de calidad del diseño.</li> <li>2. Control de calidad de los materiales.</li> <li>3. Control de calidad de los productos mediante control estadístico del proceso (CEP).</li> <li>4. Control de los costos de la calidad: costos de prevención, de inspección, de fallas internas y de fallas externas.</li> </ol> <p>El control de calidad es una herramienta de gestión de cuatro pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer los estándares de calidad.</li> <li>2. Evaluar la producción con base en los estándares.</li> <li>3. Tomar acciones cuando no se cumplan.</li> <li>4. Planear la mejora de los estándares.</li> </ol>	<p>Su trabajo en la gestión de calidad es reconocido por cuatro aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formación de círculos de calidad como una manera de incorporar a los empleados en la mejora de la calidad.</li> <li>2. Promueve la educación continua y el entrenamiento de todos los que integran la organización.</li> <li>3. Desarrollo de una herramienta de control que permite obtener soluciones a problemas de calidad de una manera sistemática: diagrama de espigas de pescado o de Ishikawa.</li> <li>4. Destaca la importancia tanto del cliente externo como del interno, destacando las relaciones al interior de la organización por parte del cliente interno y los diversos procesos de trabajo en los que participa como cliente y proveedor.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compromiso de la dirección.</li> <li>2. Formación de equipos para el mejoramiento de la calidad.</li> <li>3. Medición de los procesos.</li> <li>4. Evaluación del costo de la calidad.</li> <li>5. Crear conciencia sobre la importancia de la calidad.</li> <li>6. Tomar acciones correctivas.</li> <li>7. Monitorear los procesos.</li> <li>8. Entrenamiento a supervisores.</li> <li>9. Instituir el día de cero defectos.</li> <li>10. Promover que el personal establezca objetivos de mejora.</li> <li>11. Eliminar causas de errores.</li> <li>12. Otorgar reconocimiento.</li> <li>13. Establecer consejos de calidad.</li> <li>14. Repetir todo el proceso nuevamente.</li> </ol>

Fuente: Krüger (2001), Kelemen (2003).

Bajo la perspectiva de Feigenbaum, el control de calidad es responsabilidad de todos los miembros de la organización, desde la gerencia hasta los trabajadores de primera línea, subrayando la importancia de los vínculos tanto internos (entre los subsistemas que la integran) como externos (el medioambiente). De este modo, apuntará Feigenbaum en una re-edición posterior de su obra original, denominada ahora "*Total Quality Control*" publicada en 1983, el control total de calidad constituye una estructura de trabajo que incorpora a la totalidad de la compañía, la cual opera bajo procedimientos técnicos y de gestión efectivos perfectamente documentados que guían y coordinan de la mejor manera las acciones de las personas, la maquinaria y la información para asegurar la calidad de los productos y servicios así como la satisfacción de los clientes al costo más económico (Feigenbaum 1983, citado en Kelemen, 2003).

Los trabajos y concepciones de calidad revisados corresponden a la escuela clásica de la calidad norteamericana, la cual fue enriquecida por autores orientales quienes pocos años después, abordaron también el control de calidad aportando elementos en las dos vertientes arriba señaladas (tecno-administrativa y cambio cultural). De este modo tenemos a Kaoru Ishikawa, quien es responsable de establecer el denominado control total de calidad japonés al expandir la noción de calidad propuesta por Feigenbaum, Ishikawa propone un control de calidad que comprenda toda la compañía, conocido también por las siglas CWQC<sup>7</sup>, cuya puesta en marcha implica desarrollar, diseñar, producir productos de calidad al precio más económico, que sean de utilidad y siempre satisfactorios al consumidor. Para alcanzar tal, pretensión Ishikawa apunta que quienes integran la organización deben participar y promover el control de calidad, coincidiendo en este esfuerzo todos los departamentos incorporando en tanto a los altos ejecutivos como a los empleados (Ishikawa, 1985).

Los desarrollos más conocidos de este autor son los denominados círculos de calidad y el diagrama de Ishikawa. El primero constituye un esfuerzo organizacional para que los empleados de taller u operarios se involucren en los aspectos de calidad de su materia de trabajo, el segundo constituye una herramienta que auxilia en la solución de problemas de calidad de manera sistemática (Kelemen, 2003; Krüger, 2001).

El punto de encuentro entre la propuesta de Feigenbaum e Ishikawa es evidente, ambos demandan la participación de los integrantes de la organización, sin

---

<sup>7</sup> Control de calidad de toda la empresa, del inglés *Company Wide Quality Control*.

embargo, Ishikawa va más allá al posibilitar la participación de personal no especialista en calidad en la discusión del tema (por ejemplo en los círculos de calidad), en tanto que para Feigenbaum el control de calidad debe ser dirigido exclusivamente por especialistas en el área (Martínez-Lorente et al., 1998). En la orientación japonesa de la calidad son también importantes autores como Genichi Taguchi y Shigeo Shingo; el primero destaca la optimización del producto y de los procesos desde su diseño previo, en tanto que el segundo establece el monitoreo permanente de los procesos con objeto de determinar posibles errores en la producción, su método es conocido como cero defectos (Kelemen, 2003).

Otro autor frecuentemente citado como pilar de la GCT es el norteamericano Philip Bayard Crosby, reconocido por sus conceptos de “hazlo bien desde la primer vez”, y “cero errores”. El primero se desprende de la definición de calidad que él propone: conformidad con los requerimientos que la compañía establece basándose en las necesidades de los clientes (Crosby, 1979), es decir se requiere claridad en las especificaciones para la confección del producto, de tal manera que si son atendidas correctamente por los trabajadores, debe de obtenerse un producto de calidad desde un inicio. Cabe resaltar aquí que Crosby adjudica a la gerencia o managers la responsabilidad de dotar de los medios necesarios a los empleados para cumplir con los requerimientos que se marcan para la producción de bienes de calidad.

El segundo aspecto promovido también por Crosby es la propuesta de lograr cero errores en la producción mediante la cabal realización de las actividades encomendadas a los operarios, de tal modo que el estándar de desempeño que propone es el de cero defectos o errores, el cual se alcanza según su propuesta, con exhortaciones y eslóganes que buscan promover la responsabilidad de los trabajadores en su labor (Crosby, 1979). En ese sentido, este autor es reconocido por su estilo de gestión de carácter motivacional y énfasis en la búsqueda del compromiso por la calidad por parte de los trabajadores. De este modo se tiene un enfoque de calidad diferente, que toma distancia de la propuesta de carácter técnico denominada también “cero defectos” desarrollada por Shingo<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Por ejemplo, una serie de textos de índole gerencial esgrimen el concepto de cero defectos como una meta fácil de lograr que mejorará en automático la provisión de bienes o servicios, sin considerar que implica no únicamente una aspiración o arenga motivacional sino una profusa revisión técnica de los procesos de producción (Cfr. Peters y Waterman, 1982; Peters y Austin, 1985; Mercado 1991a, 1991b).

Otro autor, quien junto con Crosby puede considerársele como parte de la nueva generación de propuestas respecto de la gestión de calidad, particularmente en su dimensión de cambio cultural es Thomas J. Peters, quien en colaboración con Robert Waterman publica el libro “En búsqueda de la Excelencia (Peters y Waterman, 1982), obra que inauguraré la propuesta de modelos de gestión que enfatizan la excelencia y un estilo de liderazgo cercano a las personas como la estrategia hacia la mejora de la calidad. Sus obras inciden de lleno en la vertiente de la gestión de calidad que promueve un cambio cultural en las organizaciones (Peters y Austin 1985; Peters, 1987).

### 1.5 LA CALIDAD TOTAL COMO MODALIDAD DE GESTIÓN

El control de calidad como técnica y enfoque de gestión ha evolucionado dependiendo de condiciones sociales, políticas y económicas particulares; así tenemos que su gran empuje y refinamiento moderno tiene diversos orígenes, entre los que sobresale el crecimiento industrial de occidente, aspecto que favoreció el desarrollo y perfeccionamiento de las tareas de control, inspección y control de la calidad; un papel preponderante jugaron también las dos guerras mundiales con un acelerado crecimiento de la industria militar, así como las tareas de reconstrucción durante la posguerra. Los principales países que encabezaron estos movimientos fueron los Estados Unidos de América durante las guerras mundiales del siglo XX y el Japón en la posguerra (Kelemen, 2003).

Se advierte sin embargo, que la calidad no debe observarse sólo como un procedimiento técnico que mejora la producción de los bienes y servicios sino también como un proceso cultural y político que incide en diversas actividades humanas y sujeto a diversas interpretaciones (Kelemen 2003:24). Un ejemplo de este impacto en una esfera diferente al ámbito estrictamente técnico lo constituye el que la calidad total sea entendida como un enfoque de gestión, en donde además de incorporarse el componente técnico de la planeación y mejora continua del bien o servicio ofertado (fundamentado en las premisas de los gurúes clásicos de la calidad ya revisados: Deming, Juran, Feigenbaum e Ishikawa), se conjugan también perspectivas de gestión organizacional basadas en un estilo de liderazgo que favorezca la participación y creatividad de los empleados así como el cambio cultural de las organizaciones mismas (Hill, 1995).

De este modo para algunos autores, la Gestión de la Calidad Total constituye no sólo un conjunto de prácticas o herramientas técnicas que se emplean para aumentar el desempeño organizacional; sino que es a su vez, una teoría de la práctica organizacional misma (Anderson et al., 1994; Perdomo y González, 2004), en tanto prescribe lo que debe de hacerse para conducir y mejorar los resultados de una organización. Bajo tal acepción, la GCT se inscribe en el conocimiento denominado ciencia normal de lo organizado, constituyéndose entonces en un conjunto de saberes mediante los cuales es susceptible administrar, mejorar y controlar la producción de bienes y servicios en las organizaciones.

Al establecer las acciones necesarias para el logro de ciertos resultados, la GCT cumple entonces con las etapas requeridas para formalizarse como teoría: es descriptiva de la realidad y la explica, asimismo predice los resultados que se obtendrán al poner en marcha sus preceptos como enfoque de gestión de las organizaciones (Anderson, et al., 1994). Al visualizar de esta forma a la calidad, se supera la noción de saber técnico ubicándose ahora como una propuesta específica de gestión, válida y universalmente aplicable, estableciéndose propiamente como una teoría de gestión (Anderson, et al., 1994; Hill, 1991; Dean y Bowen, 1994).

Al situarla como teoría de gestión, la GCT se expresa formalmente mediante la ejecución y apego a una serie de preceptos o principios administrativos que implican acciones específicas por parte de los líderes formales, administradores o *managers*. En estos principios, contenidos en las propuestas de acción de la mayoría de los gurúes de calidad (ver cuadro 1.2), sobresale una atención particular hacia el cuidado de las especificaciones de calidad para los bienes o servicios producidos así como la modificación de las actitudes hacia el trabajo y labor desempeñada tanto por parte de los mismos administradores como de los trabajadores o empleados.

Los principales autores en el terreno de la gestión de la calidad coinciden al establecer, cada uno de ellos presentando variantes respecto a un mismo propósito, una ruta crítica o ciclo de planeación, organización, control, y mejora continua, que una vez puesto en operación en el o los procesos claves de la organización, generará una mejora de valor en los resultados que se obtienen. Dicho valor agregado se ve reflejado en las dimensiones de la calidad del producto o servicio. Los elementos comunes a la propuesta de la Gestión de la Calidad Total son tres: (1) un compromiso de la alta gerencia, (2) una mejora

continua de los productos o servicios mediante la generación de datos objetivos que sirvan para la mejorar tanto los procesos de producción como los bienes y servicios elaborados, y (3) una alta participación de los empleados en las tareas de gestión de la calidad (Kelemen, 2003).

La ruta crítica está integrada fundamentalmente por los principios de Deming, la trilogía de Juran, los pasos propuestos por Crosby, así como las recomendaciones específicas de ejercicio del liderazgo y formas de participación de la base trabajadora (ver cuadro 1.2).

Autores como Anderson, et al. (1994) aseveran que a partir de la propuesta de Edward Deming, y sus contemporáneos, es factible establecer la creación de sistemas organizacionales que fomenten la cooperación y el aprendizaje entre sus miembros y que faciliten a un mismo tiempo la puesta en marcha de prácticas de gestión de procesos, adoptando las indicaciones o recomendaciones enunciadas en los principios. Esta puesta en acción de las recomendaciones mejora tanto los procesos de manufactura como los productos y servicios que se produzcan en la organización. Así tenemos que la fórmula para un logro satisfactorio está fundamentada en (1) acciones técnicas particulares (propias del proceso de manufactura del producto o prestación del servicio), y (2) en la promoción de una cultura de calidad impulsada por el liderazgo que ejerce la dirección.

En síntesis, la GCT constituye un conjunto de modificaciones a los procesos tecnológicos de las organizaciones para incrementar la calidad de los productos/ servicios que se producen o bien reducir sus costos, buscando así un liderazgo en materia competitiva. Los principios de la GCT pueden resumirse en la generación de datos objetivos respecto del proceso productivo y la detección de áreas problema, buscando que los datos obtenidos sean sensibles a cualquier modificación realizada a partir de la puesta en marcha de prácticas de mejora continua, así como a la participación y empoderamiento de los empleados (Sitkin et al., 1994). En términos generales, los resultados que se esperan de una GCT son una mejora en las tasas de error de la producción y una reducción de los tiempos para la realización de los procesos, redundando en consecuencia en una mayor eficiencia para la organización (Hackman y Wageman, 1995).

## 1.6 CONCEPTOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

En la literatura especializada se encuentran diversas definiciones de calidad aplicadas a la salud, cada una de ellas presenta una variante dependiendo desde que lugar o parte del sistema de salud se emita tal definición y por consiguiente de qué tipo de intereses están en juego en cada una de ellas (ver cuadro 1.1). En ese sentido Avedis Donabedian (1988), apunta que es legítimo hablar de diversas definiciones de calidad y por tanto de varias perspectivas al respecto, en la medida en que son varios los niveles de participación así como de responsabilidad de las distintas figuras que participan en la prestación de servicios de salud.

Entre los actores y grupos de interés destacan: las personas que utilizan los servicios, sean estos usuarios o derechohabientes (tratándose de instituciones públicas) o bien pacientes o clientes (en el caso de entidades privadas); las autoridades en el sector, en el caso de México la Secretaría de Salud; la sociedad en su conjunto, beneficiaria última de las acciones en cuanto al mantenimiento y promoción del cuidado a la salud de la población; el equipo directivo y personal de apoyo de las instituciones de salud; y por último pero no menos importante, el personal de salud tanto médico como de las ciencias de la salud que participa en estas organizaciones ejerciendo cada uno sus diversas profesiones. En la figura 1.1 se presentan los grupos de interés que es factible identificar en los servicios de salud institucionales.

FIGURA 1.1 GRUPOS DE INTERÉS EN LOS SERVICIOS DE SALUD



La distinción de los diferentes actores en un sistema de salud remite a contar con varias acepciones de calidad y una heterogeneidad de conceptos en su definición. De tal manera entre estas descripciones se ubican aseveraciones que enuncian que ésta es distinguida de forma inmediata cuando se le menciona, pero resulta difícil definir su concepto, o bien que la calidad es hacer las cosas bien desde la primera vez (que remite a la manera particular de prestar el servicio), que es la aplicación del mejor tratamiento disponible en el marco de la ciencia médica y de los recursos disponibles; es decir, la calidad se convierte así en un concepto inaprehensible en tanto puede remitir a muchos significados y por consiguiente ser empleada según convenga. Esta situación de poca claridad y por ende de poco acuerdo repercute en que para su definición, aún dentro de la misma literatura del cuidado a la salud, se recurra a ejemplos del área industrial o comercial al retomar como representación del concepto de calidad el desempeño superior de cierto fabricante de motocicletas reconocido en norteamérica sobre marcas competidoras extranjeras, o bien a la preferencia por cierta firma de utensilios con respecto a otra (Asubonteng et al., 1996; Lanning y O'Connors, 1990; Wyszewianski, 1988). Esta situación de importar ejemplos de otros ámbitos organizacionales, llama la atención en cuanto a la pertinencia o no, de la aplicación del concepto a los esquemas de gestión en materia de salud.

Un elemento que es común a las concepciones de calidad que se revisaron es la búsqueda y satisfacción de necesidades específicas que cada uno de los grupos de interés manifiesta y pretende alcanzar. De este modo, las definiciones de calidad se concentran en las expectativas que se pretenden lograr con la prestación de servicios de salud, siendo la principal el bienestar de los pacientes o usuarios; que sin embargo variará en tono y orientación en función de las necesidades de cada grupo o sector así como de los intereses particulares que cada uno de ellos pretenda lograr o satisfacer: ahorro de recursos, desarrollo de la medicina, satisfacción en el paciente por el buen trato recibido, mejora del nivel de salud de la población u optimización de recursos, entre otros. En el cuadro 1.3 se presentan las definiciones de calidad ya consideradas, destacando ahora las orientaciones principales que denotan cada una de ellas, mismas que corresponden a las diferentes perspectivas que tienen los grupos de interés ya identificados.

CUADRO 1.3 DEFINICIONES DE CALIDAD Y SUS REPRESENTANTES

Autores	Definición de calidad de atención en salud	Grupos de interés representados
<b>Aguirre (1997)</b>	Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.	Grupo médico Pacientes Autoridades del sector salud
<b>Black (1990), en Newman y Pyne (1996)</b>	No es suficiente considerar sólo la competencia técnica de aquellos que prestan servicios de salud; más bien, un servicio de calidad es aquel que provee un cuidado efectivo y es otorgado humana y eficientemente.	Grupo médico Pacientes
<b>Gill (1993), en Newman y Pyne (1996)</b>	La buena calidad médica consiste en la competencia técnica: decisiones correctas, intervenciones apropiadas, así como auditorías y medicina basada en evidencias	Grupo médico
<b>Hogarth-Scott y Wright (1997)</b>	En la calidad en salud hay grupos de interés: desde pacientes hasta gobierno, así como aspectos básicos: el médico-técnico, el interpersonal y las instalaciones. El enfoque del gobierno respecto a la calidad es mediante el establecimiento de estándares.	Grupo médico Pacientes Autoridades del sector salud
<b>Martínez et al. (1996)</b>	Satisfacción de la demanda de atención médica, de acuerdo a una normatividad dictada generalmente por el nivel central, con énfasis en la productividad, dentro de un presupuesto determinado (techo financiero), sin quejas de los usuarios y que además le represente al directivo, status social, profesional y político: satisfacción individual y motivación.	Grupo médico Autoridades del sector salud Pacientes
<b>Qualimed (2000)</b>	La calidad en la atención médica se expresa asegurando el logro de los mayores beneficios posibles en la salud del paciente, sometiéndolo a los menores riesgos y procurando el óptimo uso de los recursos disponibles (para evitar desperdicios y reducir costos).	Grupo médico Pacientes Autoridades del sector salud
<b>Rosander (1989), en Newman y Pyne (1996)</b>	La medición de la calidad del servicio médico corresponde a que la interpretación de los exámenes de laboratorio, la elaboración del diagnóstico y el tratamiento sean correctos, efectivos y ayuden a los pacientes	Grupo médico Pacientes
<b>Ruelas y Querol (1994)</b>	La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. La calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, estos beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma.	Grupo médico Pacientes Autoridades del sector salud

Cada una de las perspectivas de calidad en salud por parte de los actores interesados comprende una o más dimensiones particulares, es decir áreas específicas en donde cada grupo de interés concentra su atención, de este modo se considera como dimensiones de la calidad de los servicios de salud: 1)

admisión a los servicios, 2) pertinencia social de los servicios ofertados, 3) efectividad técnica en el tratamiento recomendado, 4) equidad en el trato, 5) servicios dignos, así como 6) eficientes y económicos (Maxwell, 1984).

De este modo Maxwell sin reconocerlo explícitamente en su propuesta, aborda los aspectos que cada uno de los actores o interesados en los servicios de salud prestan atención: la posibilidad de ser admitidos o ingresados en tanto se cumplan o no con ciertos requisitos: asegurado al corriente de sus cuotas o bien admisión abierta en tanto se demande el servicio; otro punto es que los servicios ofertados en realidad respondan a las demandas de la población. En cuanto a la tercera dimensión denominada efectividad técnica, Maxwell se refiere a la capacidad profesional del personal para atender los servicios que se presten; el atributo de equidad corresponde a brindar sin distinciones la misma atención a cualquier usuario que así lo solicite. El aspecto de servicios dignos corresponde básicamente al trato respetuoso que se les debe tener a los usuarios; finalmente se considera también primordial atender las nociones administrativas de eficiencia y economía en el proceso de prestación de servicios de salud.

Cabe aclarar que entre los diferentes participantes en los servicios de salud: médicos, administrativos, directivos, pacientes, y sociedad en general, pueden presentarse puntos de acuerdo o desacuerdo y coincidir entonces o no en todos o algunos de los enfoques o dimensiones ya referidas. Se espera un acuerdo mínimo entre las partes como punto de partida, en tanto que todos ellos están inmersos e interesados en el contexto del cuidado a la salud. Sin embargo, lo que varía es el énfasis que se presta a los aspectos o dimensiones que son de interés particular para cada grupo.

---

### 1.6.1 CALIDAD, PERSPECTIVA MÉDICA

---

En el marco de esta perspectiva, los médicos, constituyen figuras preponderantes en las acciones que la organización de salud desarrolla; en el enfoque médico, se destacan elementos susceptibles de ser considerados bajo criterios de la calidad tanto del proceder de este profesional como del contexto mismo en que desarrolla sus tareas: el conocimiento técnico, la dimensión personal y las facilidades de infraestructura y equipamiento para el ejercicio de la medicina y atención a los pacientes (Donabedian, 1988). Estos elementos son reiteradamente mencionados en las definiciones de calidad médica, por lo que

ésta puede entenderse como la elaboración de un diagnóstico correcto, la interpretación adecuada de los estudios de laboratorio y la prescripción de tratamiento efectivo que mejore el estado de salud de los pacientes (Rosander 1989, citado en Newman y Pyne, 1996), para lo cual se requiere un conocimiento experto de la medicina y de sus técnicas; asimismo es indispensable contar con la infraestructura precisa para apoyar el juicio que se emita (auxiliares de diagnóstico adecuados).

De esta manera, al elemento o dimensión técnica del que-hacer profesional le corresponden los conocimientos y las habilidades de la ciencia médica que son necesarias para llevar a cabo cada una de las tareas propias del profesional de la salud: establecimiento de un diagnóstico, desarrollo de un estudio del caso, la prescripción de un tratamiento y su seguimiento. Estas acciones desplegadas de conformidad con un protocolo validado por expertos del área y que conduzcan al logro de resultados efectivos en el paciente, es decir que remitan a una mejoría en su estado de salud, constituyen el desempeño práctico o dimensión técnica de la calidad (Donabedian, 1966, 1988).

Un elemento importante en la concepción de calidad es la naturaleza del cuidado y la atención que el médico preste al paciente, de este modo la dimensión personal (Donabedian, 1988), también denominada funcional (Lanning y O'Connors, 1990), resulta esencial en tanto que al buscar atender el malestar del otro, el profesional de la salud manifiesta un genuino interés por el cuidado de su salud y comunica el tipo de decisiones que se adoptan para el tratamiento, manteniendo también informados a los familiares sobre la evolución del estado de salud de los pacientes.

En este contexto, es vital que la relación establecida con el paciente, a partir de la cual se obtiene la información pertinente de su malestar y que permite elaborar tanto el diagnóstico como brindar la atención profesional, se desarrolle bajo un clima de confianza en donde elementos como el respeto al secreto profesional del médico, el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamiento, la privacidad del enfermo, el respeto a sus principios morales y religiosos constituyan la norma del profesional de la salud. Una relación de esta naturaleza en conjunto con un trato honesto y sensible, caracteriza a la dimensión interpersonal de la calidad médica (Aguirre, 1997; Donabedian, 1988).

En ese sentido, y con base en lo que señala el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine of the National Academies, 2010), por calidad se entiende el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados en la salud de los individuos y poblaciones y que los mecanismos para lograrlo sean consistentes con el conocimiento profesional actual. El énfasis de esta definición converge en la ciencia médica, en su conocimiento experto y en su constante desarrollo en aplicaciones terapéuticas efectivas que tienen como consecuencia un impacto en el estado de salud de los pacientes, con lo que se evidencia la preocupaciones centrales de los profesionistas médicos: el cuidado del enfermo y el desarrollo de la disciplina (Kivimäki et al.,1997). De este modo la atención a la salud desde la perspectiva médica atiende las necesidades de bienestar del paciente al curar, cuando esto sea posible, con base en los conocimientos y tecnologías de la medicina disponible en ese momento, a controlar la enfermedad en caso de que no sea curable, a la mejoría en el estado general del paciente cuando no sea posible ni su cura ni control y a la atenuación o paliación del dolor cuando se hayan agotado las opciones (Aguirre, 1997).

Para el desarrollo de una atención que otorgue los mejores conocimientos disponibles y mejore la salud del paciente se requiere que los prestadores de este servicio (los médicos y el personal de salud), vean satisfechas expectativas mínimas como la disponibilidad de insumos e instrumentos auxiliares de diagnóstico necesarios para realizar su labor, instalaciones y equipamiento adecuado para realizar intervenciones y completar terapias particulares, por mencionar sólo las que corresponden a los aspectos de infraestructura (Aguirre 1997). Dentro de estas condiciones de idoneidad para el ejercicio profesional, puede incorporarse un tercer elemento de la atención en salud aunado a la ya mencionada dimensión técnica e interpersonal: las amenidades (Donabedian, 1988). Estas comprenden aspectos concretos del proceso de atención: sala de espera apropiada, cuarto de exploración privado y equipado, cama cómoda, servicio de alimentación, así como aspectos subjetivos como la privacidad, el respeto y la cortesía en el trato.

En síntesis, desde esta visión la calidad está centrada en el paciente, en la ciencia médica e implícitamente en los recursos de infraestructura necesarios para un ejercicio de las acciones conducentes a la mejora de la salud, los tres elementos del componente médico que destaca Donabedian (1988): la dimensión técnica, personal y facilidades de infraestructura y recursos. También es evidente que el propósito que se plantea alcanzar reside en el logro de los resultados clínicos que se esperan, así el enfoque característico de esta

aproximación médica es el de la efectividad (Maxwell, 1984). Sin embargo, las nociones de calidad dentro de la misma medicina despliegan también otros aspectos que representan a los otros grupos de interés que participan en la prestación de los servicios de salud.

De este modo se tiene que los elementos de la infraestructura que incluyen los recursos con los que el personal médico cuenta para el desarrollo de su labor, serán objeto de preocupación no tanto por este actor en tanto su atención está centrada en el paciente y/o la población con necesidades de salud particulares, sino por parte de una visión administrativa (que puede ser incluso desde la misma profesión médica), con lo que damos paso a una perspectiva de la calidad en salud que atiende particularmente a esos elementos.

---

### 1.6.2 CALIDAD, PERSPECTIVA ADMINISTRATIVA

---

La noción administrativa, en contraparte a una posición médica ortodoxa que busca ante todo la restauración de la salud y la procuración del bienestar en el individuo empleando todos los elementos disponibles sin escatimar en su costo, consistirá en el empleo eficiente tanto de los recursos, como de la tecnología que esté al alcance, con objeto de mejorar la condición de las personas. Este manejo eficiente se plasma ya sea desde la noción clásica de la eficiencia: consecución de valores máximos con medios limitados (Simon, 1945), o bien con la aplicación de la fórmula costo/beneficio que establece la relación entre los recursos utilizados y el grado de mejora que se obtiene; así la atención médica debe limitar el empleo de recursos cuando su alto costo está en desproporción con la mejora en la salud del paciente. Este criterio es denominado como postura optimizadora de la calidad y se distingue de aquella que hace un empleo irrestricto de recursos con el objetivo de lograr alguna mejora en la salud, postura maximalista de la calidad (Donabedian, 1988).

De este modo, una definición que destaca tales criterios de eficiencia establece que la calidad en la atención médica se expresa asegurando el logro de los mayores beneficios posibles en la salud del paciente, sometándolo a los menores riesgos y procurando el óptimo uso de los recursos disponibles para evitar desperdicios y reducir costos (Qualimed, 2000), en donde si bien el énfasis sigue estando en la atención médica el componente administrativo es evidente al

someter esta atención a una lógica de ganancia-perdida no sólo de la salud sino de los recursos empleados.

En esta revisión se encuentran también graduaciones diversas al énfasis que se da al concepto de eficiencia, así tenemos aquellas concepciones en donde la participación del médico es reducida al cumplimiento de las técnicas y procedimientos que se considera necesarios para satisfacer las demandas de salud del cliente (Ovretveit, 1992), dando paso a la intervención de otros actores, sean estos directivos, administradores de hospital o terceros pagadores quienes estarán pendientes también de su evolución en la medida que hay intereses particulares que también deben atenderse (número de camas disponibles, recursos utilizados, montos del seguro ejercidos). De tal forma que desde esta perspectiva, la calidad en los servicios de salud comprende el uso más eficiente y productivo de los recursos dentro de los límites e indicaciones establecidas por las autoridades, los administrativos y otros actores interesados.

Existen también aproximaciones que enfatizan la calidad del cuidado a la salud como una medición de los resultados clínicos, la satisfacción del paciente, las tasas de error, los desperdicios, los costos por unidad de producción, la productividad, la participación en el mercado, y otras mediciones más (Blumenthal y Kilo, 1998). El énfasis en la cuantificación de resultados de índole administrativa es evidente en comparación al componente médico considerado en el punto anterior, cuyo enfoque residía más en el bienestar del paciente.

La calidad en los servicios de salud presenta así un criterio eficientista que puede dar lugar a un desplazamiento del propósito rector de la atención a la salud y de los servicios que se prestan al bienestar del individuo/población. Se da por hecho que dentro los límites e indicaciones que marcan las autoridades, según la definición que presenta John Ovretveit (1992), está la protección de la salud y el derecho que se tiene a la misma; sin embargo, qué sucede cuando se substituye la opinión del médico y el parecer del paciente por criterios establecidos por los compradores de servicios (aseguradoras, terceros pagadores), o por los propios administradores de unidades médicas y se decide en función de ello si se continúa o no la atención prestada, en tanto que el continuar empleando tratamientos o recursos médicos rebasa los costos contemplados haciéndola ineficiente en términos de lo que se ha invertido: empleo de material, utilización de equipo, recursos humanos utilizados, tiempo invertido.

Donabedian (1988), apunta al respecto que es legítima la práctica del cuidado óptimo e incluso necesaria, siempre y cuando se establezca de manera conjunta entre el médico, el paciente y su familia, al ser éstos plenamente informados de la situación de salud del afectado; este tema y su manejo está sujeto a controversias correspondiendo al médico la posibilidad de ofrecer una muerte digna (Aguirre, 1997); sin embargo, la dificultad surge y se convierte en irresoluble cuando intervienen otros criterios no necesariamente médicos o de propia decisión familiar, sino de corte administrativo y financiero afectando en consecuencia tanto el quehacer del médico como el estado de salud del paciente.

En ese sentido, el marco de los recursos disponibles puede determinar el tipo de atención que se recibe y lo que se juzga como calidad; así tenemos quien define a la calidad como los mayores beneficios posibles del cuidado médico con los menores riesgos para el paciente, estando estos beneficios definidos a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes (Ruelas y Querol, 1994). La supeditación del quehacer médico a criterios suficiencia de recursos materiales y financieros es clara, quedando la sospecha de posibles justificaciones ante omisiones o mala praxis médica, argumentando que se hizo lo mejor posible considerando los recursos con los que se contaba, esta situación resulta discutible sobre todo si el marco legislativo garantiza el derecho a la salud de la población como en el caso de México<sup>9</sup>.

De este modo, son varios los elementos y grupos de interés que concurren en la atención a la salud, así tenemos también definiciones de calidad que contemplan explícitamente a los interesados en la consecución del proceso, con lo que el abanico se abre dando cabida no sólo a la visión médica, sino también a la de los directivos, a los terceros pagadores (aseguradoras y gobierno), a los pacientes y a la misma sociedad. De este modo la calidad en la atención a la salud conjuga tanto aspectos médicos como de los diversos grupos de interés que participan en su confección. Calidad de atención es definida entonces como otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y

---

<sup>9</sup> La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4°, establece el derecho a la salud en los siguientes términos: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010b:5). Asimismo la Ley General de Salud, en su artículo 77 bis 1 apunta que: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010a: 21).

principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y expectativas del usuario, prestador de servicios e institución (Aguirre, 1997:259).

En la definición precedente se contemplan aspectos que corresponden al profesional de la salud: cuidado del paciente y desarrollo de la ciencia médica, añadiendo las expectativas de la institución y del usuario. Para fines explicativos se asume dentro de la categoría de institución a los directivos de éstas, a los terceros pagadores y al propio gobierno; en tanto que sus expectativas denotan similitudes que se detallan a continuación coincidiendo todos ellos en una perspectiva administrativa de la calidad.

La dirección de una institución de salud además de dar cumplimiento a la normatividad vigente para su operación y seguir una política de operación que brinde equidad en el acceso así como la satisfacción de la atención a quien demanda los servicios, busca una operación eficiente de la organización dentro de un presupuesto determinado, tomando como base una administración racional de los recursos (Aguirre, 1997; Martínez et al., 1996). Los terceros pagadores al igual que el gobierno cuando funge como proveedor de los servicios, al financiar la operación de los servicios de salud, buscan maximizar los beneficios que se compran/proporcionan prestando especial atención a una operación eficiente del sistema en términos no solo de las consecuencias clínicas como se revisó con anterioridad, sino de los costos en que se incurren y sus resultados.

Los enfoques de calidad que corresponden a la perspectiva administrativa son básicamente el de la eficiencia en primer lugar, y el de efectividad (logro de resultados), aceptabilidad, acceso y equidad como secundarios en tanto son áreas con márgenes de ganancia política para los administradores. En ese sentido, si desde una perspectiva médica la calidad está determinada por el conocimiento experto de este profesional: definición absolutista de la calidad; a la noción de calidad desde el terreno administrativo le corresponde un carácter estadístico (Donabedian, 1988).

---

### 1.6.3 CALIDAD, PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

---

Un elemento principal en el contexto de la atención a la salud lo constituye el usuario de los servicios: el paciente o destinatario de las acciones de los profesionales encaminadas a brindarle atención a su estado de salud. La participación de este elemento siempre ha sido contemplada en tanto las acciones de la esfera médica están dirigidas hacia la restauración y cuidado del bienestar de las personas; sin embargo, su relevancia se ha incrementado en tanto se han hecho explícitas sus expectativas y demandas, lo que ha repercutido en considerárseles como aspectos idóneos para auditar el desempeño de los servicios de salud así como un argumento para ofrecer alternativas de servicio distintas (ampliación y competencia de la oferta de servicios), con lo que los servicios de salud son considerados como otra mercancía más sujeta a las leyes del mercado como cualquier bien o servicio (Nwabueze, 2001a). De este modo, el énfasis en el paciente es considerado también por el resto de los actores interesados en la provisión de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de los pacientes, la calidad está determinada particularmente por la satisfacción de las necesidades de salud, en términos del alivio, control o paliación del malestar o de la condición que las personas presenten; sin embargo, la visión del usuario contempla también la dimensión de accesibilidad a los servicios, de oportunidad en la atención, de un seguimiento apropiado, de personal capacitado, de una atención amable, de la resolución del problema por el que se hizo uso de la atención médica, de una información suficiente respecto al padecimiento, tratamiento, pronóstico y complicaciones, de la completa disponibilidad en la utilización de medios auxiliares de diagnósticos (estudios de laboratorio y gabinete), así como la comodidad del paciente dentro del proceso de atención (Aguirre, 1997; Martínez et al., 1996). A esta calidad que demanda el usuario, se le puede definir como calidad individualizada (Donabedian, 1988). Decíamos que estas expectativas no resultan del todo novedosas en tanto ya habían sido destacadas con anterioridad en cada uno de los niveles en que puede evaluarse la calidad en salud, correspondiendo a los aspectos técnicos, interpersonales y de infraestructura ya mencionados.

Lo que conviene destacar sin embargo, es la difusión de estos elementos y la atención que ha generado su empleo para dar cuenta del estado que guardan los sistemas de salud, así tenemos los reportes *Griffiths* (Newman y Pyne, 1996),

y *Working for patients* (Hogarth-Scott y Wright 1997), documentos ambos del servicio de salud inglés que demandan entre otros aspectos una mayor atención a la calidad del servicio prestado específicamente en las dimensiones que implican el trato y atención hacia el paciente<sup>10</sup>. Cabe destacar aquí, la propuesta norteamericana de atención a la salud cuyo esquema de prestación de servicios es de carácter privado en donde los prestadores (organizaciones de atención a la salud y aseguradoras), compiten por el mercado (clientes) ofertando servicios de atención pre-pagada y esquemas de aseguramiento (Ferlie y Shortell, 2001). Para el caso de México en donde la mayor parte de los servicios de salud corresponden a la medicina institucional pública o de participación mixta, se han establecido estrategias como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, vigente para el periodo 2001-2006 (Secretaría de Salud, 2002a), o bien el programa que opera en la actualidad denominado Sistema Integral de Calidad en Salud Sicalidad (Secretaría de Salud, 2007b), ambos con un mismo propósito: elevar el nivel de satisfacción de usuarios de los servicios de salud públicos.

En el marco de las encuestas de salud, se ha prestado particular atención sobre aquellos elementos que distinguen la calidad de los servicios públicos en el sector, entre los resultados hallados se destaca su deterioro<sup>11</sup>. Del panorama resultante, se esgrime por las autoridades del sector la idea de ineficiencia de los servicios públicos reforzando así la percepción de una mala calidad. Al respecto es evidente tanto la mala percepción como la ineficiencia de los servicios en nuestro país (Bronfman et al., 1997a, 1997b; Camarena, 2007). Sin embargo, también es cierto que tales encuestas y su interpretación han sido utilizadas por las autoridades para zanjar el camino en cuanto a la aceptación por parte de la

---

<sup>10</sup> En México existe un documento similar, en donde se establecen los derechos generales de los pacientes:

Recibir atención médica adecuada;

Recibir trato digno y respetuoso;

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz;

Decidir libremente sobre su atención;

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado;

Ser tratado con confidencialidad;

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

Recibir atención médica en caso de urgencia;

Contar con un expediente clínica;

Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Secretaría de Salud (2001) Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes.

Cfr. <http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/&destino=cartapacientes.php&seccion=22>

Consultado el 15 de diciembre de 2010.

<sup>11</sup> En el marco de las Encuestas de Satisfacción con los Servicios de Salud (1994, 2000), la población percibió un deterioro en el trato a los pacientes y en la calidad de los servicios de salud. Cfr. Zurita, Nigenda y Ramírez (1997), y Zurita y Ramírez (2003).

opinión pública respecto a la privatización parcial o total de estos servicios. Bajo este contexto ¿Quién puede estar en desacuerdo con la propuesta de mejorar la calidad de los servicios de salud prestados? La respuesta inmediata sería nadie, pues se le considera una necesidad real y vigente en el país. Sin embargo, cabe una pregunta ¿El ciudadano común y corriente es el mejor calificado para juzgarlos?

---

#### 1.6.4 CALIDAD, PERSPECTIVA DE LA SOCIEDAD

---

La calidad en salud comprende también una perspectiva social, la cual es promovida y vigilada por las autoridades sanitarias, estableciendo que la satisfacción de las necesidades de salud en los individuos da lugar a su vez, a una mejoría en el nivel de salud de la población. Esta mejora se refleja en la población en términos de la disminución de mortalidad, morbilidad, secuelas y discapacidades, redundando así en un incremento en la esperanza y calidad de vida de las personas (Aguirre, 1997). A esta manera de considerar la calidad se le ha denominado como perspectiva de la sociedad.

En este contexto es importante señalar que aun cuando algunos indicadores pudieran reflejar una mejor condición de salud entre la población mexicana, como es el incremento en la esperanza de vida, es relevante reflexionar respecto a qué calidad de vida tiene la población al llegar a esta edad. El dramático incremento de las enfermedades no transmisibles plantea un panorama grave para la población mexicana que no tiene acceso a servicios de salud, sea por no ser derechohabiente de ninguna institución, por no contar con los recursos económicos para utilizar servicios privados o porque las instituciones de salud que atienden población abierta no ofrecen el servicio suficiente y adecuado para resolver las necesidades particulares de ese grupo poblacional.

Las condiciones de pobreza en las que se encuentra un alto porcentaje de la población se convierte en un factor determinante que limita su derecho a la salud. Como ejemplo de ello se puede destacar, la diabetes, padecimiento que se encuentra entre las primeras causas de muerte en el país y que por su cronicidad va causando un daño importante al organismo, por ende, impacta la vida personal de quien la padece y de sus familias<sup>12</sup>. Ante esto el sistema de

---

<sup>12</sup> Secretaría de Salud (2008) Principales causas de mortalidad general 2008, Sistema Nacional de Información en Salud. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>, consultado el 14 de

salud se ha mostrado incapaz de promover acciones que prevengan este tipo de enfermedades, y con ello evitar que mujeres y hombres no sólo no sufran por tener una enfermedad de este tipo sino que logren vivir en condiciones dignas. De ahí que la sociedad civil constituya un actor importante en el contexto de los grupos de interés de la sociedad que participan y demandan una evaluación de los servicios de salud a la población, que por ley, el Estado mexicano está obligado a proporcionar.

En este capítulo se examinaron conceptos básicos para ubicar la definición de los servicios de salud, así como la naturaleza o características de su provisión a la población. Se revisó el concepto de calidad en ese ámbito y a un mismo tiempo se presentó la noción de calidad utilizada en el contexto de la manufactura de productos, en tanto ambos discursos parecen confluír en ocasiones, tomando ejemplos indistintamente entre sus campos particulares de acción. Finalmente se ubicaron los principales actores o grupos involucrados en la provisión de los servicios de salud, lo que permite apreciar las diferentes miradas existentes al respecto.

En el capítulo 2 se aborda el programa de mejora: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, sus antecedentes y características principales, asimismo se propone inscribir el programa de la Cruzada y sus acciones, como una incursión más del conocimiento convencional sobre las organizaciones ahora en la gestión de los servicios de salud.

## 2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO. EL PROGRAMA DE MEJORA: CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

---

### 2.1 INTRODUCCIÓN

---

La calidad de los servicios de salud que se prestan en los hospitales públicos de México ha sido una preocupación y foco de atención recurrente por parte de las autoridades sanitarias del país desde hace más de 25 años, prestándosele especial interés en cuando menos los dos últimos periodos de gobierno y en el actual. Aunque si bien la referencia inicial explícita al término calidad se ubica a principios de la década de los años noventa del siglo pasado<sup>13</sup>, la atención prestada a la evaluación de los servicios institucionales de salud en México está documentada a partir de la década de los años cincuenta con diferentes denominaciones: evaluación, auditoria, garantía y calidad.

En el pasado reciente la búsqueda y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud ha sido consignada expresamente como una parte importante de las acciones de gobierno (Secretaria de Salud, 1994b, 2001, 2002a, 2007a). Este esfuerzo ha sido desarrollado bajo distintos esquemas por los responsables de la salud en México: “Programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica” (1997-2000), y “Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud” (2001-2006), destacando particularmente por la promoción realizada y metas propuestas éste último. Actualmente las acciones en materia de calidad en salud se desarrollan enmarcadas en el programa denominado Sistema Integral de Calidad en Salud Sicalidad (Secretaría de Salud, 2007b).

La naturaleza, acciones y alcances de esto programas, y en específico de la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, se concretan en el mejoramiento de los servicios de salud, particularmente en una atención médica efectiva y en un trato digno a los usuarios o derechohabientes. Este capítulo expone inicialmente los dos principales modelos de gestión de la calidad en los servicios de salud: aseguramiento y mejora, los cuales constituyen el marco conceptual que da cabida a desarrollos posteriores como el que aquí se analiza.

Al respecto es necesario considerar las primeras referencias que se han desarrollado al interior de los propios sistemas de salud, de sus organizaciones,

---

<sup>13</sup> Referencias al tema y estudios al respecto se ubican en un par de números de la revista Salud Pública. Cfr. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990, 32(2); 1993, 35(3).

de sus procesos de trabajo y de sus actores para la comprender la evolución de la calidad en materia de servicios de salud. En ese sentido, tenemos las propuestas del médico norteamericano Ernest Codman (1914), quien en el primer tercio del siglo pasado establece la aplicación de criterios y normas al desempeño médico en los hospitales, así como la verificación de su cumplimiento, con objeto de constatar la naturaleza de los tipos de resultados que se obtienen (denominémosle la calidad de los resultados), durante la atención prestada a los pacientes en un hospital. Tomar en cuenta estos primeros desarrollos para atender y vigilar el tipo de resultados que se obtienen, surgidos en el propio campo médico, nos previenen de considerar como innovaciones aquellas estrategias surgidas en el ámbito industrial (el movimiento de la calidad y sus gurúes presentados en el capítulo anterior). De ahí que resulta importante destacar que las estrategias para asegurar la calidad de ciertos servicios que se prestan en los hospitales tienen ya antecedentes y trayectoria específicas, permaneciendo aún vigentes y en operación como son las normas que deben observarse para la realización de ciertos procedimientos: el análisis y la revisión tanto de los resultados obtenidos como del proceder del médico, las certificaciones de la instituciones, y las que se realizan a los mismos profesionistas de la salud. De este modo se tiene que si bien ahora pueden inscribirse estas prácticas bajo el rubro de mejora de la calidad, ya existían con anterioridad siendo de práctica común en el medio. Es evidente, que bajo esta nueva denominación se encuentran también otras prácticas cuyos enfoques principales están orientados hacia una reducción de los costos de los servicios de salud y la búsqueda de la satisfacción de los usuarios.

En ese sentido, como se apuntó se presenta de manera detallada el recorrido que siguió la propuesta actual de la calidad en los servicios de salud: aseguramiento y mejora, posteriormente se presentan las características que adoptan las diversas estrategias (auditoria, garantía, círculos de calidad y mejora de la calidad). Una vez revisado lo anterior se expone brevemente las acciones que en materia de calidad de los servicios de salud se han desarrollado en México desde los primeros esfuerzos documentados en la década de los años cincuenta del siglo anterior, hasta el año 2006; fecha en que finaliza formalmente el programa objeto de análisis de este estudio, la denominada cruzada<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> En lo que resta del texto se denominará como “cruzada” al programa de acción “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” desarrollado y coordinado por las autoridades sanitarias en México en el periodo 2001-2006.

## 2.2 MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: ASEGURAMIENTO Y MEJORA

---

Una vez identificadas las diferentes perspectivas de calidad en salud y destacando sus enfoques centrales e interesados que participan en cada una de ellas, se presentan enseguida los principales modelos de calidad utilizados en la gestión de las organizaciones: “Aseguramiento de calidad” y “Mejora de la calidad”. Esto dos grandes esquemas de trabajo, que cuentan con elementos comunes entre sí continúan hoy vigentes con ciertas adaptaciones, tanto para la gestión de las organizaciones industriales como para las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud. Cabe aclarar que la descripción de estos modelos no implica el desconocimiento de la existencia de otros desarrollos con preocupaciones similares en ambos ámbitos<sup>15</sup>. Sin embargo, la referencia explícita hacia la calidad, tema que nos ocupa, es el centro de atención de los esquemas que aquí se describen (Aseguramiento de la calidad y Mejora de la calidad), los cuales establecen a un mismo tiempo el andamiaje sobre el que se estructuran muchos de los desarrollos posteriores en este ámbito.

Como preámbulo a la exposición de las propuestas de organización con un enfoque de calidad en materia de servicios de salud, se documentan algunos antecedentes históricos de la concepción moderna de la calidad en el ejercicio profesional del médico: los esfuerzos desplegados a principios del siglo anterior para regular la enseñanza de la medicina, la verificación de las tareas desarrolladas por el médico en el ejercicio de su trabajo profesional en una institución y los esquemas de rediseño de los procesos del trabajo del cirujano para hacer más eficiente la atención durante las intervención misma, inspirado éste último desde una orientación netamente fabril. Con el re-cuento realizado se procede a explicar los aspectos fundamentales de los modelos de aseguramiento y de mejora de la calidad.

---

<sup>15</sup> En el ámbito de las organizaciones de salud se cuenta con diversos modelos de gestión como el denominado *clinical governance*, *managed care*, entre otros; inspirados en esquemas de calidad propios del ámbito de las organizaciones industriales tales como el *benchmarking* o la reingeniería de procesos. (Cfr. Nwabueze, 2001a).

---

## 2.2.1 ELEMENTO COMÚN DE AMBOS MODELOS: LA PREOCUPACIÓN POR LA CALIDAD,

---

En materia de calidad en salud, la literatura especializada distingue comúnmente dos etapas o modelos: el de aseguramiento y el de mejora continua de la calidad (Andrews, 1991; Asubonteng et al., 1996; Fainter, 1991). En el recuento que se hace de ambos, regularmente destaca la superioridad del segundo modelo sobre el primero, en tanto que supera las deficiencias del modelo clásico de aseguramiento, e incorpora un esfuerzo explícito por mejorar la calidad de la organización dedicada al cuidado de la salud.

Una primera explicación de esta superioridad del modelo de mejora y por tanto su consecuente evolución con respecto al esquema de aseguramiento, radica en que promueve acciones permanentes no sólo para la detección o inspección de los errores en la prestación de los servicios de salud o su conformidad con las normas de equipamiento y desempeño establecidas en la práctica médica institucional, sino que centra su atención sobre todo en el rediseño de procesos que permitan producir con una mejor calidad los servicios que se otorguen y en consecuencia cumplir con las expectativas de los pacientes. Esto se lleva a cabo mejorando los procesos y explicitando las acciones correctivas necesarias para dejar de seguir produciendo variabilidad en la calidad de los productos o servicios (Asubonteng et al., 1996; Berwick, 1989). Sin embargo, cabe aclarar que ciertas acciones del primer modelo como el cumplimiento de requisitos estructurales, la auditoria de casos o la adhesión a los procedimientos indicados en las guías médicas continúan en operación, incorporadas de lleno a los procesos actuales de atención a la salud.

Los modelos de calidad que se vienen aplicando desde fines de la década de los años ochenta del siglo pasado a los servicios de salud (Berwick, 1989; Blumenthal y Kilo, 1998), admiten abiertamente la influencia del enfoque industrial, particularmente de la propuesta de administración total de la calidad y de los fundamentos desarrollados por los denominados gurúes de este movimiento: Joseph Moses Juran, William Edwards Deming, Philip Bayard Crosby, Kaouru Ishikawa, Walter Andrew Shewhart y Armand Vallin Feigenbaum (Albert, Gilligan y Deevy, 1990; Berwick, 1989; Laffel y Blumenthal, 1989; Makens y McEachern, 1990; Jackson, 2001).

De este modo tenemos que en el recuento de la introducción de la calidad en la prestación de servicios de salud se destaca la influencia de la Gestión Total de la Calidad desarrollada en el ámbito fabril, la cual pretender obtener mejoras

sustanciales en la producción de los servicios adoptando las estrategias y líneas de acción de la denominada por algunos, ciencia de la calidad industrial (Laffel y Blumenthal, 1989). Sin embargo, el visualizar desde esta óptica los esfuerzos por cuidar el desempeño de los servicios de salud y atribuir el estado que guarda la calidad de los servicios a la sola influencia del modelo industrial aplicado a salud (modelo de aseguramiento o mejora continua), ignora o en el mejor de los casos minimiza los esfuerzos que se realizaron al respecto dentro del propio ámbito de los hospitales y del propio ejercicio de la medicina.

La preocupación por el bienestar de los enfermos puede ubicarse desde los inicios mismos del ejercicio de la profesión médica; sin embargo, para fines de este estudio, nos centramos en cómo se reconstituye este interés por la calidad en materia de salud en ambientes institucionalizados de la época moderna (siglo XX). Así tenemos que los antecedentes directos de calidad en este contexto provienen de las estrategias desarrolladas al interior de la propia ciencia médica, y no sólo de la aplicación de técnicas de calidad del sector industrial al ámbito de la salud en la década de los años noventa. Este hecho se remonta a la obra del médico norteamericano Ernest Codman quien hacia principios del siglo XX establece las bases para el desarrollo tanto del modelo de aseguramiento de la calidad en la práctica médica como del modelo de la mejora continua (Asubonteng et al., 1996).

Los trabajos desarrollados por Codman en el Hospital General de Boston, se ubican como el primer esfuerzo institucional por verificar qué tipo de resultados se obtenían como producto de las intervenciones que ahí se realizaban (Codman, 1914; Asubonteng et al., 1996; Wyszewianski, 1988).

En esta misma línea es importante identificar las recomendaciones desarrolladas por Abraham Flexner, quien establece las características que debían cumplir los programas académicos de formación de médicos (Flexner, 1910; Hiatt, 1999) o bien del trabajo realizado por Roger Lee y Lewis Jones en 1933 respecto a lo que constituye un buen cuidado médico (Lee y Jones, 1933; Wyszewianski, 1988). No menos importante resulta atender la influencia que sobre la propia tarea médica tuvieron, concretamente para las acciones desarrolladas por el médico en el quirófano, los trabajos de mejora de los procesos de producción encabezados por Frank Bunker Gilbreth (Wrege, 1983), figura prominente del movimiento de la administración científica del trabajo, el cual constituye un esquema que dispone arreglos particulares en la organización misma de los procesos industriales de la época, cuyos principios son vigentes aún hoy en día en ciertos ámbitos laborales. Es importante tener en cuenta estos esfuerzos en la medida que algunos de ellos son utilizados, ya sea adoptándolos literalmente

o retomándolos con leves modificaciones en las propuestas actuales de calidad en los servicios de salud.

---

## 2.2.2 ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE CALIDAD EN SALUD: APORTE DESDE EL EJERCICIO PROFESIONAL

---

Las primeras evaluaciones para determinar el desempeño de los servicios de atención a la salud, como una aproximación para valorar la calidad, específicamente de los servicios médicos, se le atribuyen a Ernest Amory Codman, jefe de servicio en el Hospital General de Massachusetts, durante la primera década del siglo XX. El Dr. Codman estableció un registro sistemático de cada paciente que el hospital atendía, realizando así un análisis del resultado final de cada caso atendido y adjudicando la responsabilidad de la falla o éxito al médico que encabezaba el tratamiento (Codman, 1914). La preocupación central de Codman fue documentar los resultados finales de las intervenciones médicas mediante registros escritos que consignaban la etiología, el manejo y la tasa de sobrevivencia de los pacientes y sus enfermedades. Su propuesta no pudo ser aplicada en su totalidad en el General de de Massachusetts, siendo puesta en marcha en su propio hospital en Boston de 1911 a 1916. El propósito central de su idea desarrollada a cabalidad ahora en su hospital constituía "...la introducción del principio de comparación en la ciencia clínica, lo que significa el uso de los principios de la Administración Científica en la organización del hospital" (Codman 1934, en Wrege 1980: 115). De este modo, la idea central que subyace al sistema de resultado final es la búsqueda de la eficiencia de los servicios prestados, mejorando en consecuencia tanto el cuidado prestado al enfermo como las acciones médicas realizadas. Así, la identificación de los resultados finales no constituía el objetivo de su propuesta, sino el primer paso en la evaluación de la calidad al valorar el proceso de atención asociándole los resultados obtenidos (Codman, 1914).

Su iniciativa comprendía tres elementos: 1) la generación de una tarjeta de resultado final para cada paciente (antecedente de registro clínico) así como un 2) diagrama de resultado final que agrupaba todos los registros en determinado periodo de tiempo, permitiendo observar en conjunto la variedad de casos, diagnósticos, y resultados de los tratamientos. Finalmente este diagrama de resultado final se constituía en una 3) base de datos, agrupando en diversas categorías la información que contenía, resultando entonces índices tales como una estadística de morbilidad, de mortalidad, un registro de resultados finales y un estudio de eficiencia (Wrege, 1980).

Para realizar estas tareas Codman promueve la creación de estándares de desempeño para la práctica clínica, a la vez que encabeza el Comité de Estandarización del Colegio Americano de Cirujanos<sup>16</sup>. El trabajo que desarrolla, tanto en su práctica clínica como en el Comité mismo, genera un malestar en sus colegas; su labor consistía en realizar registros de los resultados finales, así como la revisión de la atención y de las acciones desplegadas durante todo el proceso de cuidado, particularmente las que corresponden al médico tratante. La incomodidad generada entre el círculo médico como resultado de la revisión de sus acciones, se ve exacerbada con las frecuentes manifestaciones públicas que el Dr. Codman hacía respecto a cierta codicia que caracterizaba el ejercicio profesional de sus pares. Más aún, hace un llamado a la comunidad médica para tomar conciencia de la necesidad de estudiar los resultados finales de las acciones médicas y de mejorar el cuidado de los pacientes (Passaro y Organ, 1999).

En ese sentido, los trabajos de Ernest Codman contemplaban en ese entonces establecer en la profesión médica lo que ahora se conoce como rendición de cuentas o “*accountability*”, cualidad profesional que implica asumir por parte del prestador de servicio, la responsabilidad de sus acciones ante los demás, particularmente hacia quienes está dirigido su trabajo (Pawlson y O’Kane, 2002). Es decir Codman, quizás sin proponérselo adopta un enfoque centrado en lo que ahora denominaríamos clientes externos, es decir los pacientes o usuarios de los servicios.

No obstante que la respuesta que recibe -tanto a su trabajo de revisión de resultados finales como a los comentarios críticos respecto al proceder de los profesionales de la medicina- fue calificada por sus colegas de la época como de “no impropios”, es decir no contrarios hacia la profesión médica o a su ejercicio, ciertamente si violentaba las prácticas comunes de ese entonces. Bajo ese juicio, es literalmente echado del Hospital de Massachusetts, y es relevado tanto de su posición en el Comité de Estandarización del Colegio Americano de Cirujanos como de su puesto como profesor de cirugía en Harvard (Pawlson y O’Kane 2002; Tresnowski 1989).

En este mismo contexto de ejercicio profesional, Roger Lee y Lewis Jones establecen en 1933, una serie de preceptos respecto a la buena atención médica; sobresalen para el fin que aquí nos ocupa, el que la atención médica correcta se limite a la práctica científica de la medicina privilegiando los análisis

---

<sup>16</sup> Este Comité de Estandarización de Hospitales es el precursor directo de la actual Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Cuidado a la Salud (JCAHO, por sus siglas en inglés), entidad que define los estándares de calidad de atención en Norteamérica. Cfr. *Joint Commission for Accreditation Healthcare Organizations* (2001).

racionales y los métodos deductivos; que ocurra a partir de un principio de cooperación entre los dos principales actores: médico y paciente, así como el que exista una coordinación adecuada entre los diferentes tipos de servicios médicos (Lee y Jones, 1933). De este modo, desde la propia práctica médica se establecen los estándares de su desempeño: el empleo de una medicina científica (contribución de Lee y Jones) y la promoción y apego a procedimientos que ratifiquen prácticas exitosas en términos de los resultados que se obtengan (aportación de Codman).

---

### 2.2.3 ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE CALIDAD EN SALUD: APORTE DESDE EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

---

Otro antecedente estrechamente relacionado con los esfuerzos por atender la calidad de las acciones médicas, es el que se refiere a la formación de estos profesionales; al respecto el “Reporte de la Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá”, mejor conocido simplemente como el Reporte Flexner (Flexner, 1910), constituye la primera iniciativa de reforma de la enseñanza médica del siglo XX (Hiatt, 1999).

El contenido del reporte influirá enormemente en cinco áreas de la formación de los médicos:

1. Los requisitos de entrada a las universidades o centros de formación médica.
2. El perfil del cuerpo académico (de tiempo completo y con un énfasis en su desarrollo como investigadores).
3. La situación económica de las instituciones educativas (tipo de financiamientos: donaciones, colegiaturas, fondos públicos).
4. La calidad y el equipamiento de sus laboratorios así como los méritos académicos de su personal.
5. La relación de la propia institución educativa con los hospitales en donde los estudiantes desarrollarán sus prácticas profesionales (Flexner, 1910; Hiatt, 1999)

Más allá de las consecuencias directamente relacionadas con la educación de los estudiantes de medicina, la publicación de la investigación de Abraham

Flexner da pauta a la adopción generalizada de un solo tipo de medicina: la alópata, el favorecimiento de la medicina especializada sobre la general, la influencia de las asociaciones y grupos de interés en la práctica de la profesión y el escrutinio público que debe observarse en la formación y acciones de profesionales como los médicos cuyo proceder afecta el bienestar de la sociedad en general (Hiatt, 1999; Pritchett, 1910).

En ese sentido, el reporte Flexner y la estricta regulación que origina, constituye, a nuestro parecer, un primer esfuerzo por organizar, tanto a las instituciones formadoras de médicos como el tipo de comportamientos y prácticas que desarrollarán los estudiantes de medicina dentro de los hospitales, conforme a estándares específicos de equipamiento, perfil de profesorado, contenido de los programas así como la duración y tipo de formación recibida. Igualmente el reporte al establecer un control en el acceso a las escuelas de medicina, disminuye significativamente el número de solicitantes aceptados y por ende ubica en un mejor estatus el qué-hacer del médico y la cotización de sus servicios, contribuyendo a fortalecer la identidad que este profesional gozará en el ejercicio de sus actividades. Asimismo valida la práctica médica (la alópata) y niega el acceso a esta profesión a las minorías: negros y mujeres (Goodman y Musgrave, 1992; Hiatt, 1999).

Es indudable que los aspectos que abordó el Reporte Flexner en su momento: requisitos de entrada, permanencia, perfil profesional, obligaciones de las entidades formadoras, entre otras, han repercutido en el tipo de formación médica que se promovió. Y aunque si bien es reconocida cada vez más la práctica de medicinas alternativas y existe un mayor número de oportunidades de ingreso a esta disciplina por parte de los grupos minoritarios, también es cierto que el estatus que goza el médico en el ejercicio de su práctica profesional y el liderazgo inherente que se le adjudica como cabeza en la prestación de los servicios de salud en ámbitos hospitalarios sigue prevaleciendo. Apuntamos aquí que posiblemente producto de esta configuración inicial del perfil profesional del médico, la incorporación por parte de esta comunidad, de los enfoques de calidad con origen industrial o empresarial haya sido parcial hasta la fecha, además de no considerarse la calidad como asignatura o como aspecto de interés, en la formación de este profesionista.

La poca alusión a los trabajos de Ernest Codman y de Abraham Flexner en las referencias de la literatura especializada sobre calidad de la atención en las organizaciones de salud, parece sugerir que ésta se inaugura con los estándares y acciones de aseguramiento que establece la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales en 1951, con el trabajo sobre la evaluación de calidad

de Avedis Donabedian en 1966, o con las acciones de aseguramiento de la calidad desarrolladas mediante un monitoreo de los registros y resultados médicos desarrollados en los Estados Unidos de América durante la década de los años ochenta (Sprouse, 1990). Incluso se establece que la presencia de acciones de calidad en los servicios de salud tiene su expresión más acabada con la aplicación del modelo industrial de mejora de calidad a fines de la década de los 80 y principios de los 90 del siglo pasado (Berwick, 1989; Berwick, Godfrey y Rossner, 1990).

Sin embargo, el mismo Avedis Donabedian, considerado por algunos como un gigante de la salud pública por sus aportes en la evaluación de la calidad (Frenk, 2000), reconoce la enorme contribución que tiene en el movimiento de aseguramiento de la calidad los trabajos desarrollados durante la década de los años veinte y cincuenta del siglo pasado (Donabedian 1985, citado en Wyszewianski, 1988). Más aún, la consideración de los aspectos de estructura, de proceso y de resultados de los sistemas de salud como rubros para evaluar la calidad de la atención, principal aportación de Donabedian (Frenk, 2000; Asubonteng et al., 1996), es una sistematización de la intención original de Codman por verificar los resultados finales de la actuación médica (criterio de resultados en el esquema propuesto por Donabedian).

---

#### 2.2.4 ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE CALIDAD EN SALUD: APORTE DESDE EL CAMPO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN INDUSTRIAL

---

Una figura prominente en la corriente de los estudios de organización en el ámbito industrial es Frank Gilbreth, vinculado estrechamente con los estudios de la Administración Científica del Trabajo. Reconocido por sus análisis de tiempos y movimientos, su primer trabajo consistió en la estandarización de la tarea de colocación de ladrillos en el ámbito de la construcción. En sus visitas a los hospitales como paciente, Gilbreth se convenció de que tanto los médicos como los hospitales carecían de estándares, estableciendo que la actividad quirúrgica podría beneficiarse tanto de los estudios de tiempos y movimientos que él encabezaba, como de la administración científica del trabajo (Wrege, 1980).

En colaboración con un médico de la época, el doctor Robert Dickinson, Gilbreth profundizó en esta línea de trabajo, presentando su propuesta de realizar mediciones a los métodos y prácticas del personal médico en los hospitales, así como el desarrollo de estándares de trabajo y su adhesión por parte de los

profesionales médicos, ante la Asociación Americana de Hospitales (Gilbreth 1914, citado en Wrege, 1980). Por su parte el Dr. Dickinson, inspirado en la propuesta de Gilbreth realizó contribuciones en los procedimientos de quirófanos, así como en las técnicas y herramientas quirúrgicas (Dickinson 1914, citado en Wrege, 1980).

En cuanto a la importancia que la organización industrial tiene en la configuración de la prestación de los servicios de salud, los ya mencionados médicos Lee y Jones, apuntan que la provisión de buenos servicios médicos es una cuestión tanto de costos como de organización. En cuanto al primer punto destacan problemas de naturaleza económica: costos de los servicios y medios de pago; respecto al segundo, establecen la importancia de atender y solucionar problemas de organización técnica, encaminados específicamente a garantizar la atención a la demanda en términos cuantitativos pero manteniendo al mismo tiempo los altos estándares de desempeño de las profesiones médicas (Lee y Jones, 1933).

La aportación de estos autores, así como la de algunos otros (Cfr. Wrege, 1980, 1983; Perrow, 1965; White et al., 1992), delinea la importancia que empieza a cobrar la organización de los servicios que implican el cuidado a la salud en el ámbito institucional (entendido como verbo: la acción de organizar estos servicios), sin hacer a un lado la naturaleza particular del servicio prestado (atención médica proporcionada por profesionales).

Hacia la segunda mitad del siglo XX, una renovada atención se presta a los trabajos que implique la organización de los servicios médicos, ejemplo de ello son los trabajos del Dr. Paul Anthony Lembcke quién en 1956 propone como un método de auditoría médica la evaluación retrospectiva de la atención prestada, por medio de análisis de los registros clínicos (Lembcke 1956, citado en Martínez, 2007), o bien el planteamiento de Weed, quien en 1968 reactualiza la propuesta del resultado final de Codman, (Weed 1968, citado en Wrege, 1980). Asimismo en esta misma época se introduce claramente la noción de calidad con la publicación de los primeros trabajos del Dr. Avedis Donabedian, figura ya mencionada y que ubicamos como un precursor del tema ya en su versión moderna de la cual se da cuenta enseguida.

Los aportes arriba descritos, contribuyen en su conjunto a sustentar los modelos de calidad hoy vigentes; su escasa mención, parece indicar tanto un desconocimiento de los antecedentes que sientan las bases de los desarrollos actuales de mejora y del propio aseguramiento, o bien una minimización de estos esfuerzos para dar cuenta de las bondades de las propuestas actuales de

la calidad y de su novísimo aporte a los servicios de salud. A continuación se describe el modelo de calidad en su primera acepción más común: el aseguramiento de la calidad, el cual constituye el antecedente a la propuesta de calidad actual (modelo de mejora), destacando las acciones que incorpora y los aspectos que considera; en un segundo momento continuamos bajo esa misma línea de exposición con la presentación del enfoque de mejora.

### 2.3 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

---

La definición tradicional en el ámbito del cuidado a la salud establece como aseguramiento aquel proceso desarrollado para cumplir con los requerimientos externos para garantizar que la atención y el cuidado de los pacientes sea consistente con los estándares establecidos por las autoridades gubernamentales de la salud en cuanto al otorgamiento de licencias para el ejercicio de la profesión médica y la prestación de servicios de salud (Batalden, 1991; Asubonteng et al., 1996). También es definido como la evaluación del desempeño que se hace a las acciones que en materia de atención a la salud emprenden los proveedores de los servicios, sean estos profesionales individuales o bien institucionales (Pine y Kongstvedt, 1995; Siren, 2001); las cuales son valoradas con base en la norma o el estándar que establece el rendimiento o proceder mínimo para su ejecución. La realización de las tareas que implican el aseguramiento de la calidad, denominado también como garantía de calidad (Martínez, 2007) conducen a infundir confianza a los usuarios de que la provisión de los servicios se desarrollan de conformidad con los requisitos de calidad exigidos por la autoridades sanitarias y profesionales del sector salud, buscando resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes (Ruelas, 1990).

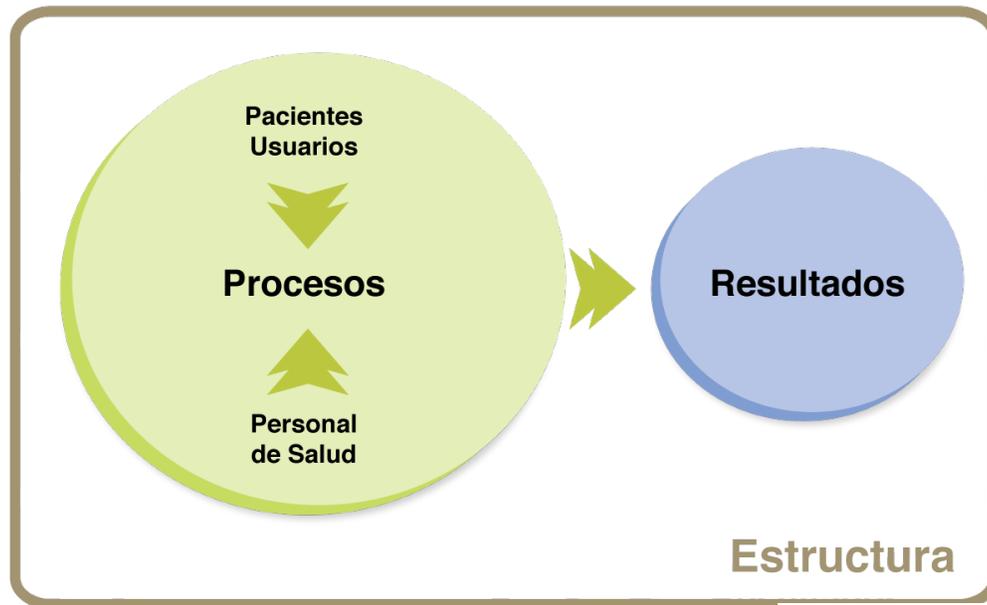
La regulación del ejercicio de la práctica médica y de la organización de servicios en ámbitos institucionales data desde principios del siglo XX en norteamérica, y tiene sus orígenes como ya apuntamos en el mismo ámbito médico. Situación que marca a nuestro parecer el enfoque eminentemente clínico o al menos ligado estrechamente con el ámbito hospitalario que tendrá la propuesta de aseguramiento de la calidad (Codman, 1914), la formación académica de los estudiantes de medicina (Flexner, 1910), así como la enorme influencia de las asociaciones y grupos (asociaciones médicas y profesionales, fundaciones y laboratorios farmacéuticos), que presentan algún interés en el desarrollo, revalorización y consolidación tanto del ejercicio de la profesión como de su autonomía (cfr. Asubonteng et al., 1996; Hiatt, 1999).

De este modo tenemos que los esfuerzos iniciales por verificar los resultados que se logran con ciertas prácticas médicas, la garantía de formar médicos con un cierto perfil, así como un posicionamiento del que-hacer médico en términos del pago de sus servicios con base en su saber experto y su diferenciación con respecto a otro tipo de prácticas no científicas, pueden constituirse como las primeras acciones de aseguramiento. Con el tiempo estas acciones se formalizarán con los requisitos que se establecen para operar hospitales en 1951 (Cfr. *Joint Commission for Accreditation Healthcare Organizations*, 2001), para finalmente hacia el año de 1966, estructurarse en el marco de la propuesta de Avedis Donabedian quien las enmarca en los tres variantes en que puede desarrollarse la evaluación de la atención médica y hospitalaria: estructura, proceso y resultados.

La estructura conceptual que propone Donabedian (1966, 1984, 1988), tiene el acierto de contemplar desde una perspectiva sistémica los principales aspectos que intervienen en la atención a la salud, así tenemos que es imprescindible la necesidad de contar con los elementos estructurales para estar en posibilidades de prestar los servicios (estructura); de igual forma estos aspectos se ponen en marcha durante la atención y servicios que se otorguen (procesos), para finalmente obtener determinados resultados que dan cuenta de las acciones realizadas durante el proceso y que requirieron para su realización de una estructura particular.

En la figura 2.1 se muestran estos elementos y la noción sistémica que les es inherente, sin embargo como apuntaremos más adelante, este modelo al estar centrado predominantemente en los aspectos clínicos y en el cumplimiento de requisitos para la operación institucional, presta una limitada atención al medio externo, pues atiende sobretudo los mecanismos de atención hacia el interior del sistema u organización. En ese sentido, lo que predomina es la visión de los proveedores de los servicios; no obstante este señalamiento, la propuesta de Donabedian sigue aún vigente en tanto identifica y agrupa los aspectos que intervienen en la atención a la salud y permite delimitar con claridad las acciones del modelo de aseguramiento de calidad, entendiendo así aseguramiento en tres diferentes aspectos o momentos de atención: estructura, procesos y resultados. Enseguida explicamos brevemente cada uno de ellos:

FIGURA 2.1 ELEMENTOS DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD



Elaboración del autor

### 2.3.1 ESTRUCTURA

Cada uno de los aspectos que propone Avedis Donabedian comprenden diversos elementos que le son específicos, la estructura contempla una serie de estándares mínimos comúnmente aceptados centrados en el contexto de los servicios y atenciones prestadas. Así tenemos la competencia profesional de los diversos actores que participan (credencialización y certificación del personal médico y paramédico especializado), una estructura organizacional e infraestructura adecuada para la prestación del servicio así como un sistema de registro apropiado (Pine y Kongstvedt, 1995; Siren, 2001). Estos aspectos son considerados como requisitos para la obtención de licencias de operación de las instituciones y tienen que ver con el cumplimiento de la normatividad establecida por las diversas autoridades que regulan el funcionamiento de las organizaciones encargadas del cuidado y atención a la salud; asimismo comúnmente estas instancias deben rendir cuenta periódicamente del cabal cumplimiento de cada uno de los rubros contemplados en el criterio de estructura para obtener la acreditación, certificación o autorización de ejercicio correspondiente.

El que una entidad u organización de servicios a la salud cumpla con los requisitos de carácter estructural que se establecen por parte de las entidades certificadoras no asegura la obtención de una adecuada atención o prestación de

un servicio de calidad; en ese sentido, el carácter del criterio estructural es necesario para prestación de un servicio de calidad pero de ningún modo es suficiente para garantizarla (Pine y Kongstvedt, 1995). Sin embargo, en tanto que su cumplimiento es relativamente fácil de documentar, ha sido profusamente difundido su uso por parte de las entidades certificadoras y por las organizaciones que lo han obtenido.

---

### 2.3.2 PROCESO

---

En cuanto al proceso, este es definido como las acciones que deben realizarse bajo determinadas condiciones para la consecución de un resultado particular; en el modelo de aseguramiento el proceso implica al conjunto de actividades que ocurren en el contexto de la relación médico-paciente (Laffel y Blumenthal, 1989). En ese sentido, los elementos que corresponden a una evaluación de los procesos son las denominadas auditorias de casos y la revisión de casos por colegas (Pine y Kongstvedt, 1995; Siren, 2001), ambos dispositivos buscan determinar la conformidad de las acciones realizadas por los profesionales de la salud respecto a procedimientos determinados ex profeso y que se consideran como apropiados para cada caso en cuestión en el tratamiento de los pacientes.

Las auditorias de casos, también llamadas evaluaciones del cuidado médico comprenden en primer lugar la determinación de los estándares contra los que serán evaluados los registros médicos. Estos estándares son propuestos por las asociaciones profesionales o por los expertos reconocidos en áreas específicas que determinan cuales son las acciones y los procedimientos fundamentales a desarrollar para la atención de un problema en particular. Una vez definidos y difundidos a la comunidad médica, un miembro del equipo de aseguramiento examina los registros médicos de pacientes con ese determinado diagnóstico, buscando desviaciones de las prácticas médicas validadas como adecuadas para dicha condición. Las observaciones al proceder y acciones del médico o equipo tratante les son comunicadas con el propósito de ser modificadas de conformidad con los estándares que se explicitan en el proceso de atención propuesto como óptimo. En fecha posterior son auditados de nueva cuenta los registros médicos con objeto de verificar la presencia de las acciones correctivas en la práctica médica (Pine y Kongstvedt, 1995; Sprouse, 1990). El carácter de este mecanismo de aseguramiento es principalmente de índole retrospectiva, esto significa que la revisión del proceso se efectúa posterior a la ocurrencia del proceso de atención bajo estudio.

Otro mecanismo de aseguramiento de calidad son las denominadas revisiones de casos por los colegas, dispositivos puestos en operación cuando hay un grado considerable de incumplimiento o desviación en las prácticas médicas respecto a los procesos de atención y cuidado establecidos como pertinentes para los casos bajo escrutinio (Sprouse, 1990). Una situación así requiere de una reexaminación de las acciones realizadas consignadas en el expediente u obtenidas mediante las auditorías de casos, este análisis es realizado por un equipo de médicos expertos en el área quienes discuten la forma en que se abordó la problemática de salud por parte del médico tratante. El objetivo de las revisiones de casos por los colegas, es encontrar y corregir aquellas prácticas médicas que no se adhieran a los estándares establecidos (Pine y Kongstvedt, 1995). Su carácter puede ser retrospectivo y concurrente.

El empleo de estos mecanismos para constatar la cabal realización de procesos de prácticas médicas particulares no están exentos de dificultades entre los profesionales de la salud; en primer lugar existe una reticencia del profesional médico tanto a que sus registros sean auditados (Sprouse, 1990), como a participar y ser sometidas sus prácticas a revisiones de casos por colegas (Pine y Kongstvedt, 1995). Esta resistencia manifestada de diversas maneras (escasa cooperación para permitir acceso a los registros o expedientes médicos, poca disposición del profesional de la medicina a participar en comités revisores de pares), se debe a que tanto los resultados que arroja la puesta en marcha de ambos mecanismos presuponen un inadecuado ejercicio profesional: errores o negligencia del profesional médico (Pine y Kongstvedt, 1995; Sprouse, 1990), como también a que se coloca en tela de juicio la formación profesional y sobretodo la capacidad y criterio profesional del médico (Sprouse, 1990), igualmente se les considera además como una intromisión a la requerida autonomía que debe gozar el médico durante su ejercicio profesional (Nwabueze, 2001a, 2001b)

Un segundo elemento contemplado dentro de la puesta en marcha de estos mecanismos de evaluación del proceso, radica en que los casos que llegan a las auditorías o comités son aquellos de naturaleza excepcional y que presentan regularmente resultados adversos en tanto que muchos otros, llevados a cabo con acciones y tratamientos similares, no ameritan atención alguna al no presentarse ninguna complicación en los pacientes (Pine y Kongstvedt, 1995) Por tanto, la puesta en funcionamiento de estas auditorías y revisiones de casos por colegas tienden entonces a fomentar prácticas médicas que concuerdan estrictamente con los esquemas de actuación establecidos como válidos, limitando así las oportunidades de mejorar el qué-hacer médico, mediante la

innovación y el cambio de procedimientos que redunden en una mejor atención a los pacientes.

En ese sentido, una crítica común que se le hace a las revisiones de los procesos en la forma de auditorías de casos o comités de revisión de colegas, es que tienden a promover la conformidad con las acciones ya probadas o establecidas desde tiempo atrás (Pine y Kongstvedt, 1995; Siren, 2001).

Un tercer aspecto a denotar referente al empleo de esquemas de actuación previamente delineados, radica en el hecho de que para un sorprendente número de diagnósticos y situaciones clínicas, no ha sido establecido con certidumbre el que una intervención médica o quirúrgica en realidad altere el curso de la enfermedad, aún cuando por tradición, sea el procedimiento clínico de elección (Cochrane 1972, citado en Wyszewianski, 1988). En ese sentido, hay un margen de incertidumbre en cuanto a la pertinencia del proceder médico para la atención de una enfermedad, por lo que no existe entonces una base única para emitir juicios sobre lo adecuado o inadecuado de su actuación (Wyszewianski, 1988). Y aunque en la actualidad existen cada vez más la suficiente información respecto a la eficacia de ciertas acciones o procedimientos particulares basándose en evidencias científicas al respecto<sup>17</sup>, también es cierto que los pacientes presentan diferencias individuales y el curso de la enfermedad que les aqueja es, en cada uno de ellos, de carácter dinámico y en ocasiones presenta resultados inesperados (Pine y Kongstvedt, 1995).

---

### 2.3.3 RESULTADOS

---

El aspecto de los resultados en el proceso de los servicios de salud, comprende la determinación del estado que guardan los pacientes una vez que han recibido la atención y el cuidado médico. Las mediciones tradicionales de resultados corresponden a las tasas de infección, morbilidad y mortalidad de pacientes que presenta un hospital o centro de atención a la salud, el supuesto de este criterio se fundamenta en que estos indicadores reflejan un cuidado inadecuado de los pacientes durante su estancia o intervención, por lo que un resultado alto o fuera

---

<sup>17</sup> Nos referimos concretamente a la medicina basada en evidencias (del inglés *Evidence-Based Medicine*), la cual se define como la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. La práctica de la medicina basada en evidencias implica integrar el conocimiento experto con la mejor evidencia externa de naturaleza clínica disponible, que sea producto de una investigación sistemática al respecto. Cfr. Sackett et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(13 enero):71-72.

de lo normal requiere una atención cuidadosa a las acciones del equipo de salud.

En el marco de la propuesta de Donabedian, la evaluación de las acciones médicas conforme a los aspectos de estructura, proceso y resultado contribuye a sistematizar los esfuerzos en materia de calidad de los servicios de salud; sin embargo, el considerar cada uno de estos elementos como un fin en sí mismo, limita la evaluación a cada aspecto sin considerar el conjunto, lo cual conduce a calificar el modelo como limitado (Asubonteng, et al., 1996).

En la práctica, la evaluación de estos criterios se ha realizado por separado, como es el caso de algunos hospitales que obtienen su certificación únicamente tomando en cuenta los aspectos estructurales de la institución y dejando de lado los procesos de atención y los resultados de los servicios que prestan, dando paso así a contar con instituciones de salud que cumplen con los requisitos estructurales aunque su calidad de atención y sentir de los trabajadores respecto al servicio que se presta sea deficiente (Flores, 2000). Situación similar ocurre respecto a las auditorías de casos que detectan las irregularidades en el proceso de atención contribuyendo exclusivamente a identificar si el médico cumple o no con las acciones correctas de acuerdo a la situación tratada; tales dispositivos pueden tener como consecuencia que el personal de salud sea acusado de negligencia o mal ejercicio de la profesión en caso de hallarse irregularidades, sin considerar si la institución está cumpliendo con brindarle todos los criterios tanto estructurales como formativos y de actualización que le permitan el pleno ejercicio de su profesión (Aguirre, 1990; Bronfman et al., 1997a y 1997b).

Ninguno de los tres aspectos fundamentales que caracterizan la propuesta de este modelo: estructura, proceso y resultado, por sí mismos o en aislado van a ofrecer soluciones o definir las acciones correctivas en tanto que no especifican cuáles son las causas de los resultados adversos, ni proponen acciones para su corrección (Siren, 2001). En ese sentido, las acciones de aseguramiento, enmarcadas en la propuesta de la estructura, proceso y resultado parecen ser acciones únicamente de inspección, en tanto no se explicitan las acciones a tomar una vez detectadas omisiones, en los procesos.

Sin embargo, esto no sucede si se considera que esta propuesta en su contexto original visualiza los elementos de estructura, proceso y resultados encadenados uno con otro mediante conexiones causales (Donabedian, 1980). La estructura tiene sentido en el momento que se le emplea para ofrecer un servicio de atención médica, es decir la vinculación entre instalaciones y equipamiento con el proceso de cuidado a la salud. Asimismo las acciones clínicas desarrolladas

por el personal de salud, serán sujetas a escrutinio en la medida que impacten la condición de salud de un paciente, en otras palabras a partir de que determinen un resultado. Este último será considerado como indicador de calidad sólo si es atribuible a los dos elementos anteriores (estructura y proceso), más que ser producto de factores genéticos o ambientales.

En su conjunto, las acciones empleadas para asegurar la calidad de los servicios de salud continúan vigentes, particularmente las que tienen que ver con el cumplimiento de requisitos para la operación o la certificación de las organizaciones prestadoras de servicios, asimismo el cumplir con las exigencias de entidades certificadoras les otorga un posicionamiento en el mercado de los prestadores de servicios (Pine y Kongstvedt, 1995). Otra de las razones de su continua utilización se debe a motivos estrictamente prácticos, en tanto es más fácil cumplir con requisitos estructurales cuya certificación no requiere una revisión completa de sus procesos, constituyendo más bien un llenado de requisitos ya sea en infraestructura, en documentos o en credencialización de su personal (Wyszenwianki, 1988; Flores, 2000).

---

## 2.4 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

---

Un segundo modelo de administración de la calidad aplicado a los servicios de salud es el enfoque de Mejora Continua (CQI<sup>18</sup>), o Administración Total de la Calidad (TQM<sup>19</sup>).

Este modelo de calidad se desarrolló teóricamente hacia mediados del siglo XX en Norteamérica y fue aplicado inicialmente en la industria japonesa de la Posguerra; posteriormente es considerado de nueva cuenta en los Estados Unidos ante la patente amenaza de los productos de empresas japonesas, que bajo las directrices de este enfoque de calidad total, logran posicionarse en el mercado y amenazan a la gran industria norteamericana.

La aplicación de este modelo a la salud tiene sus orígenes en los trabajos del médico norteamericano Donald Berwick (1989), quién a partir de su asistencia a un seminario de calidad total y una serie de reuniones con expertos del área industrial -debido a los grandes logros obtenidos mediante el enfoque de la calidad total en dicho sector- decide trasladar su aplicación al área de la salud, con el propósito de elevar la calidad de estos servicios. La búsqueda y utilización

---

<sup>18</sup> *Continuous Quality Improvement*, por sus siglas en ingles.

<sup>19</sup> *Total Quality Management*, por sus siglas en ingles.

de nuevos esquemas de medición del desempeño puede atribuirse a los altos costos que implica la prestación de los servicios de salud (desarrollo y aplicación de nueva tecnología: resonancias magnéticas, operaciones de trasplante de órganos); al crecimiento de la población de mayor edad, debida al incremento en la expectativa de vida en países desarrollados; al particular esquema de pago y reembolso de los servicios de salud en los Estados Unidos el cual se lleva a cabo en su mayor parte, mediante compañías aseguradoras; y a satisfacer la creciente demanda pública para asegurar que los servicios se presten con oportunidad, eficacia y eficiencia. Asimismo el impulso que incorpora esta nueva propuesta se debe en parte a que el modelo clásico de aseguramiento, hasta entonces empleado, presentaba limitantes al centrarse exclusivamente en detectar errores y omisiones en la ejecución de los procesos de atención (la auditoria de casos y la revisión de casos por colegas) con la consecuente percepción generalizada de búsqueda de culpables, así como la ausencia de innovación para crear y mejorar los procesos existentes.

La característica distintiva de este modelo radica en reconocer que las acciones que conforman los servicios de salud son procesos que están íntimamente relacionados (introducción de nueva cuenta de un pensamiento sistémico) en donde todos los integrantes de la organización y sus acciones contribuyen a la consecución de resultados, bajo el entendido de perseguir objetivos comunes. Para establecer este modelo es requisito previo la identificación, definición y difusión de los objetivos de la organización con el propósito de lograr un compromiso grupal, en el que cada individuo cumpliendo con su responsabilidad permita elevar el nivel de desempeño de la misma. Esta característica de un trabajo grupal coordinado y de compromiso de sus integrantes hacia la organización misma conduce no sólo a verificar incumplimientos o desviaciones a las prácticas laborales validadas en lo profesional, técnico o administrativo, sino también a promover las acciones pertinentes para corregir y en su caso rediseñar los procesos de trabajo. El modelo de mejora de calidad en el área de salud toma prestadas acciones del enfoque industrial, particularmente el control estadístico de proceso, la noción cliente-proveedor, tanto externo como interno, la búsqueda de satisfacción de los usuarios o clientes, así como la mejora continua de todos los procesos que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

Presentamos enseguida un recorrido sobre las principales acciones del modelo de mejora continua en la atención a la salud. Este enfoque comienza por instaurarse en funciones de apoyo a la administración tales como mejoras a los procesos de admisión, posteriormente se traslada su aplicación a funciones de apoyo clínico, tal como disminuir el tiempo de espera en la programación de

cirugías, optimizando los recursos humanos y el equipamiento instalado. Finalmente su aplicación se extiende a procesos clínicos particulares como pueden ser los pasos para administrar u otorgar una atención médica específica, o bien es empleado como enfoque para medir la eficacia de los procedimientos clínicos (Shortell, Bennett y Byck, 1998; Colton, 2000). El interés central de esta tesis corresponde al ámbito de la gestión de las organizaciones y específicamente a la percepción del profesional médico respecto al significado de la calidad como programa de trabajo, enmarcada particularmente en la propuesta de mejora de la calidad por parte de las autoridades del sector salud en México. Se aborda concretamente la dimensión de trato digno y de gestión de los servicios que se prestan en las entidades que cuidan de la salud de la población. Por tal motivo no ahondamos en la aplicación y pertinencia de este enfoque en los procesos clínicos; sin embargo, sí destacamos que dentro del propio ámbito de investigación en salud, existen procedimientos particulares que mediante el método científico propio de las disciplinas médicas y su utilización, atiende la calidad de los servicios prestados: ensayos clínicos e investigación epidemiológica, además de esfuerzos diversos por incorporar la mejora de calidad en esta área, específicamente territorio del profesional médico<sup>20</sup>.

Definimos entonces que el interés por el tema de la calidad, como estudioso de las organizaciones, está enfocado a la percepción médica de los programas de mejora de calidad en la organización del cuidado a la salud (organización en su acepción de verbo), y no en el cuidado a la salud de las personas, territorio específico del profesional de la salud.

La propuesta de mejora de la calidad está fundamentada en una teoría funcionalista de la gestión, específicamente en la teoría de sistemas y en metodologías específicas como el denominado control estadístico del proceso y sistemas de análisis como los diagramas de flujo, de causa efecto, cartas de control y el gráfico de Pareto<sup>21</sup>. Desde ese enfoque, la propuesta de mejora continua de la calidad se concibe como un esfuerzo de cambio planeado dirigido

---

<sup>20</sup> Estos procesos pueden ubicarse con ciertas adaptaciones bajo una óptica propia de los procesos de mejora de calidad, en tanto ambos enfoques (la mejora de calidad y la investigación en salud), comparten una base fundacional en el positivismo lógico: la creencia que supone la existencia de una realidad cuyos fenómenos pueden ser explicados, predichos y controlados (Morrison et al., 1996, citado en Colton, 2000). Un ejemplo al respecto lo constituye los estudios de Peter J. Pronovost y colaboradores quienes incorporan métodos de evaluación del desempeño propios del ámbito de la ingeniería industrial tales como la series de tiempo (control estadístico del proceso), en el monitoreo de los resultados de intervenciones clínicas para mejorar el cuidado de la salud. Cfr. Pronovost et al. (2004). How clinicians measure safety and quality in acute care? *The Lancet*. 363(27 marzo):1061-1067.

<sup>21</sup> Se sugiere al lector consultar las obras del ingeniero Mercado para una explicación introductoria del tipo de análisis que desarrolla el enfoque de mejora continua de la calidad. Cfr. Mercado (1991a y 1991b).

a transformar la organización mediante la evaluación y perfeccionamiento de los sistemas, con objeto de lograr resultados superiores. Entre los elementos que incorpora esta propuesta destaca la importancia prestada al usuario o cliente, tanto interno como externo, una evaluación y mejora continua de los procesos que intervienen, el empleo frecuente de estadísticas para dar cuenta de los avances y resultados, así como un compromiso por parte del cuerpo directivo en cuanto al respaldo que debe tener este enfoque de trabajo.

Una de las primeros vínculos entre el cuidado clínico y la gestión de las organizaciones del cuidado a la salud lo constituyen específicamente el desarrollo de estándares para el cuidado y tratamiento de los pacientes en los hospitales, derivados de los trabajos ya revisados de Abraham Flexner y Ernest Codman. Así tenemos que el concepto de calidad y la medición de resultados, aspectos fundamentales para la propuesta moderna de la mejora continua de la calidad aplicada al ámbito de la salud, son cultivados desde la definición de los estándares que se promueven para las escuelas de medicina en Norteamérica a partir del informe Flexner (1910), y del establecimiento del Colegio Americano de Cirujanos en la segunda década del siglo anterior (Colton 2000).

El énfasis en el cumplimiento de ciertos requisitos durante la atención prestada, las características de infraestructura de los servicios así como las revisiones retrospectivas de los casos clínicos fue el tono del cuidado de la calidad de los servicios de salud hasta la década de los años sesenta del siglo XX. Como apuntamos en la sección anterior, los esfuerzos por garantizar los servicios provenían de la propia disciplina médica y de su ejercicio profesional. De este modo se considera para las acciones de aseguramiento de calidad, a un grupo de expertos evaluadores -en su mayor parte médicos- quienes determinarán la pertinencia o no de las acciones realizadas, particularmente de índole clínica. La distinción de quiénes y de qué naturaleza es el personal que emite los juicios respecto de la calidad será pieza determinante en el nuevo enfoque de mejora aplicado al sector salud y que se irá gestando a partir de la década de los años cincuenta en Norteamérica. Esta perspectiva se fortalece teóricamente en los años sesenta con los trabajos del médico norteamericano Avedis Donabedian (1966), y detona hacia fines de los años ochenta mediante los trabajos del también médico Donald Berwick (1989), con un fuerte impulso hacia la mejora de calidad que aún persiste hasta el presente (McGlynn et al., 2003; Bayardo, 2007). El tono de este nuevo enfoque tiene que ver tanto con la naturaleza industrial de los enfoques de aseguramiento de la calidad, como del ámbito de la gestión de las organizaciones, particularmente de las empresas.

Los factores que contribuyen a la conformación de entidades de salud más complejas y a la gestación de un nuevo modelo en materia de calidad son entre otros: el Acta Hill-Burton, vigente del año 1946 hasta 1970, que proveía financiamiento público a las ciudades y comunidades norteamericanas para la construcción y modernización de entidades de cuidado a la salud, con la condición de apoyar a personas de escasos recursos y expandir la cobertura de los servicios de salud. Ante el incremento de nuevas clínicas y hospitales, el Colegio Americano de Cirujanos de Norteamérica se vio rebasado en la tarea de su acreditación y certificación, por lo que en conjunto con otras asociaciones crean en 1953 la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales para Norteamérica (Canadá y los EUA), entidad que asume la responsabilidad del desarrollo de los estándares para el ejercicio del cuidado a la salud y la acreditación de hospitales. Ambos hechos cumplen una función doble, por una parte constituyen una respuesta organizada para estructurar la prestación de los servicios de salud, y por la otra, a un mismo tiempo promueven y dan pauta a generar o adoptar en todo caso, un tipo de gestión que permita abordar eficientemente la amplia gama de actividades complejas que caracterizan a los hospitales. Así hablamos de organizaciones que requieren grandes cantidades de recursos económicos, materiales, técnicos y humanos para su funcionamiento, así como un trabajo específico de gestión para su operación cotidiana, y para la coordinación de las tareas que ahí se desarrollan<sup>22</sup>.

En un principio, tal como ya se ahondó en ello, el modelo de aseguramiento parecía ser el idóneo en tanto que a partir de la creación de estándares, la tarea para asegurar la calidad de los servicios consistía en determinar el grado de cumplimiento de los servicios: revisión sistemática de procedimientos y criterios válidos para evaluar la calidad de los servicios prestados. Sin embargo, el incremento de los costos de los servicios, el crecimiento de la demanda, la conformación de organizaciones cada vez más complejas en cuanto a la utilización de alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento, así como el desarrollo de nuevas especialidades médicas trajo como consecuencia, entre otros aspectos, la exigencia por contar con sistemas de gestión que respondieran con mayor eficacia y eficiencia tanto a la ciudadanía solicitante de los servicios como a las propias autoridades en la materia con objeto de abatir los costos de funcionamiento del sistema. Es precisamente en ese escenario en donde el modelo de mejora de calidad se ubica como un enfoque del cual pueden echar mano los administradores de este tipo de organizaciones.

---

<sup>22</sup> Cfr. Capítulo 3 “El hospital como organización”.

Como se apuntó, la verificación o aseguramiento de la calidad en el área de la salud cuenta con antecedentes en la propia práctica médica que pueden explicar su pertinencia (Reporte Flexner e idea del resultado final de Codman), así como también tiene una clara influencia de los modelos industriales (inspección de la calidad al final del proceso: auditorías médicas y revisión de casos clínicos). Por su parte el modelo de mejora de calidad que ahora se presenta tiene un claro antecedente industrial y administrativo, constituye en sí mismo un enfoque para la indagación y toma de decisiones en las organizaciones, está fundado en la teoría de una ciencia normal de lo organizado (teoría del *management* convencional con predominancia del pensamiento sistémico), y emplea métodos de trabajo e investigación que no son utilizados típicamente en el cuidado a la salud (Colton, 2000).

Así tenemos que el modelo de mejora de la calidad, encuentra su fundamento en el ámbito industrial, particularmente en la medición de la variabilidad de los procesos de producción, así como en la mejora continua de todos los procesos de la organización (Laffel y Blumenthal, 1989; Makens y McEachern, 1990). De este modo, en su acepción moderna como herramienta de gestión, el modelo de mejora de la calidad no sólo constituye un enfoque de indagación y toma de decisiones en la organización sino un método para su transformación, en donde además de atender problemáticas de producción y sus procesos, se convierte también en un instrumento de cambio organizacional, de ahí que sea concebido para algunos como una teoría misma sobre lo organizado (Anderson et al., 1994; Perdomo y González, 2004).

Entre los aspectos precursores del enfoque de mejora de calidad, además del ya mencionado incremento de los costos de los servicios en el sector salud, se encuentra la propuesta también ya comentada de Donabedian (1966, 1984, 1988), quien sugiere que la calidad del cuidado a la salud puede medirse en tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, ampliando así el ámbito de la evaluación de la calidad y no limitándolo sólo al resultado final<sup>23</sup>. Otros dos hechos que facilitan la constitución del modelo de mejora son el estudio

---

<sup>23</sup> Si bien la literatura asume que el enfoque de aseguramiento de calidad deja de lado una evaluación continua de todos los aspectos que están implicados en el proceso de provisión de servicios de salud, al centrarse sólo en el cumplimiento o no de los estándares recomendados, es evidente que ante los resultados de incumplimiento o de no conformidad encontrados, algo se hace al respecto. Ya sea en términos de la estructura o de los procesos involucrados, máxime tratándose del cuidado a la salud. Por lo que las analogías de omisiones en el cuidado a la salud en términos de acumulación de piezas defectuosas al final de la banda transportadora por efectuar sólo tareas de inspección o revisión de estándares, no son del todo aplicables en la realidad, en tanto situaciones adversas serían atendidas de inmediato, quizás no mediante mecanismos administrativos o manageriales, sino profesionales por parte de principales actores del servicio: los médicos.

denominado “Proyecto nacional de demostración en la mejora de calidad para el cuidado a la salud”<sup>24</sup>, y la modificación de los requisitos por parte de la Comisión para la acreditación de hospitales.

En cuanto al primero, el mencionado proyecto reunió tanto a expertos en control de calidad del área industrial como a directivos y administradores de organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, y tuvo el propósito de identificar procesos susceptibles de mejora en el ámbito de la prestación de estos servicios mediante técnicas empleadas en el sector productivo, específicamente del área de manufactura o empresarial<sup>25</sup>. Los resultados establecieron que los métodos y herramientas de mejora de calidad utilizados en la industria, tales como las herramientas del control estadístico del proceso, podían ser aplicadas con éxito en las organizaciones que atienden el cuidado a la salud (Berwick, 1989; Laffel y Blumenthal, 1989); siempre y cuando el personal que encabeza estos servicios y la organización misma, fuera lo suficientemente flexible y dispuesto a enfrentar procesos de cambio (McLaughlin y Simpson 1994, en Colton 2000).

Respecto a los puntos considerados para la acreditación de hospitales, basados fundamentalmente en el cumplimiento de requisitos, la Comisión de acreditación de Norteamérica modifica los estándares introduciendo una sección referente a la mejora del desempeño organizacional, especificando el empleo de las herramientas del control estadístico del proceso y la necesidad de identificar causas tanto comunes como particulares de la variación en la provisión de los servicios. De este modo no solo la mejora de calidad se constituye en un proceso deseable sino en un deber ser para el funcionamiento de las organizaciones del sector (Colton 2000). Así tenemos entonces que el modelo de mejora de calidad incide por partida doble en las organizaciones de salud: por un lado en el ámbito operativo, con la aplicación de las técnicas de mejora en ciertos procesos específicos, en tanto que por otro lado impacta en la dimensión cultural de la organización misma, quehacer necesario para la aceptación, identificación y coordinación de estas tareas entre los integrantes de la organización. Es decir se requiere de una filosofía empresarial que promueva este enfoque y acompañe al esfuerzo técnico desplegado.

---

<sup>24</sup> Por sus siglas en inglés: *National Demonstration Project in Quality Improvement in Health Care* (Cfr. Berwick. 1989)

<sup>25</sup> Resulta interesante destacar la participación de representantes de compañías como Xerox, ATT, Hewlett Packard y Ford, entre otras en dicho estudio. La influencia fabril es evidente con la presencia de al menos dos entidades: la fabricante automotriz Ford con su mecanismo de banda transportadora y producción en masa, así como la compañía telefónica ATT, cuya unidad principal de manufactura fue la *Western Electrical Company*, célebre fábrica donde se desarrollaron los ya clásicos estudios del factor humano en la producción (Cfr. Ibarra y Montaña, 1987).

En la literatura encontramos pues diversos modelos o enfoques para abordar la gestión de la calidad en las instituciones de salud<sup>26</sup>; todas coinciden fundamentalmente en un esquema básico de diseño o planeación de la calidad, su puesta en marcha, su monitoreo y las acciones resultantes; su diferencia entre ellas radica en la atención prestada a uno u otro componente. Para el caso de los dos modelos que abordamos aquí: Aseguramiento y Mejora, cada uno de ellos enfatiza cierto rubro, el cumplimiento de aspectos estructurales para facilitar la calidad en el caso del Aseguramiento, o bien la mejora de los procesos que conduzcan a obtenerla (Saturno, 1999). En el cuadro 2.1 se presentan los dos principales modelos de calidad empleados en el sector salud y descritos en esta investigación así como sus características principales.

El modelo de gestión total de calidad establece una mejora continua de todas las acciones que se emprenden en la organización, con lo que se contemplan entonces no sólo las prácticas de los profesionales de la salud, sino que se extiende este esfuerzo a las tareas de personal administrativo y no profesional, sea de apoyo o de servicios (McLaughlin y Kaluzny, 1990). Asimismo todas las acciones y procesos desarrollados deben conducir a la búsqueda de la satisfacción de los clientes, entendiendo éstos últimos no sólo a los usuarios finales o pacientes, sino que bajo este esquema se introduce la noción de múltiples clientes en las diversas cadenas internas: clientes-proveedor que es posible identificar en el funcionamiento de la organización. En este enfoque es igualmente necesario contar con un decidido y manifiesto liderazgo de la gerencia o jefatura de la entidad en la tarea de mejora de los procesos y en la organización de equipos de trabajo efectivos. Las acciones y decisiones que se tomen deben estar fundamentadas en hechos documentados, particularmente a partir del análisis de datos estadísticos sistemáticamente recolectados, y a la instrumentación de prácticas mejoradas que conduzcan a reducir la variación de los resultados logrados (McLaughlin y Kaluzny, 1990; Jackson, 2001).

---

<sup>26</sup> Existen diversos enfoques que si bien difieren en el nombre su propósito es el mismo: realizar de manera eficaz y eficiente la producción de bienes y servicios. Las denominaciones son: garantía de calidad, auditoría de la calidad, rediseño de procesos principales, medicina basada en evidencias, reingeniería de procesos de servicios clínicos, enfoque de gestión de sistemas, gobernanza clínica (Anderson et al., 1996; Nwabueze, 2001a, 2001b; Campbell, et al., 2002).

CUADRO 2.1 MODELOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD:  
ASEGURAMIENTO Y MEJORA

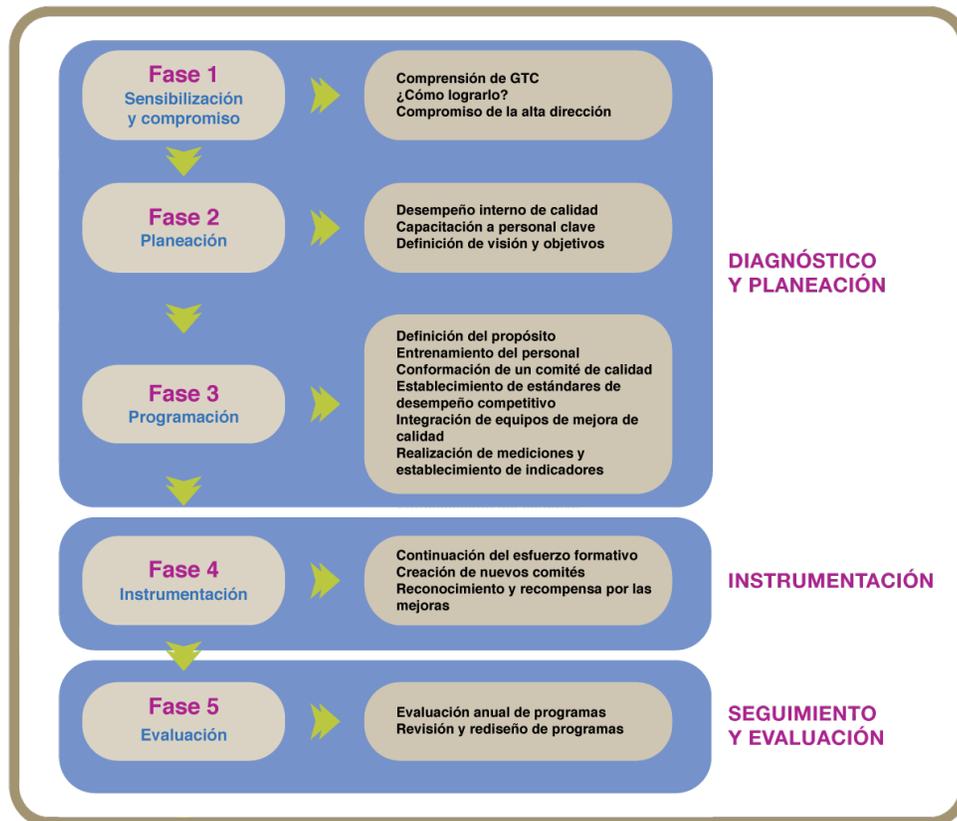
Aspecto	Modelo de Aseguramiento	Modelo de Mejora
<b>Orientación general</b>	Monitoreo y sus resultados son el punto de partida para mejorar	La necesidad e mejora precede al monitoreo.
<b>Características</b>	Reactivo Detección de variaciones. Atención al proveedor	Proactivo Prevención de variabilidad. Atención al usuario/cliente
<b>Compromiso</b>	No se considera como requisito	Se promueve un compromiso con el trabajo o labor realizada en todos los niveles.
<b>Énfasis en...</b>	Áreas clínicas En el proveedor de los servicios (personas) Causas particulares Resultados obtenidos	Organización total Énfasis en los sistemas (procesos de la entidad) Causas comunes Procesos instrumentados
<b>Estructura encargada de calidad</b>	Estructura particular dedicada a la función de aseguramiento	Utiliza la estructura existente, equipos multifuncionales de trabajo
<b>Requisitos y especificaciones</b>	Los determina el proveedor	Los define el cliente/usuario
<b>Empleo de estándares y normas</b>	La meta es el estándar	El estándar es el punto de partida
<b>Costos de la calidad</b>	No se consideran	Importancia capital
<b>Inspección en masa</b>	Promueve inspecciones tipo auditorias	Eliminación de inspecciones
<b>Empleo de métodos estadísticos</b>	Básicos	Intensivo y sofisticado

Elaboración del autor con base en: Asubontena et al. (1996); Short v Rahim (1995)

Un supuesto fundamental del modelo de mejora de calidad en organizaciones de salud establece que la mayor parte de los problemas encontrados en su instauración, no se deben a errores de los profesionales clínicos o administrativos de la entidad, sino a la inhabilidad o incapacidad de la organización, léase de aquellos que están en su conducción, para gestionar un desempeño adecuado como un sistema eficaz y eficiente (McLaughlin y Kaluzny, 1990). Es precisamente en este punto en donde se ubica la mejora de la calidad no sólo como un instrumento de naturaleza únicamente clínica, sino también como uno de gestión de la organización, terreno de los estudios organizacionales.

Si bien existen tantas descripciones del proceso que desarrolla el modelo de mejora en el área del cuidado a la salud, como autores han escrito sobre la materia (Berwick, 1989; Laffel y Blumenthal, 1989; Makens y McEachern, 1990; Asubonteng, McCleary, y Munchus, 1996; Shortell, Bennett, y Byck, 1998; Nwabueze, 2001a; y Jackson, 2001, entre otros), hay un acuerdo en las principales acciones que lo distinguen (ver cuadro 2.2). Es relevante considerar el apunte del médico español Pedro Saturno (1999), quien establece que todos los modelos coinciden en tres aspectos, consideran una primera etapa o fase de diagnóstico y planeación de las acciones, una segunda que corresponde a su instrumentación o puesta en marcha y finalmente una tercera de seguimiento, evaluación y mejora de las actividades realizadas.

**CUADRO 2.2 ENFOQUE PARA INSTRUMENTAR LA GESTIÓN TOTAL DE CALIDAD**



Elaboración del autor con base en: Motwani, Sower y Brashier (1996) y Jackson (2001).

Dada la particular naturaleza de las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, la aplicación del modelo de mejora de la calidad implica un esfuerzo mayor que en otros ámbitos organizacionales, esto es debido a la presencia de dos grupos bien identificados en la organización, ambos con notable influencia hacia su interior: el grupo administrativo y el grupo médico, cada uno con una escala jerárquica diferente, en donde además existe un predominio del criterio médico en muchas de las decisiones adoptadas (Arndt y Bigelow, 1995; Nwabueze, 2001b). Sin embargo, estas decisiones por parte del grupo médico pueden estar supeditadas en contraparte, a los ritmos y concesiones de carácter administrativo que el grupo encargado de la gestión dispone. De este modo es necesario para la puesta en marcha del proceso de mejora, armonizar elementos tanto de naturaleza técnica (trabajo médico y paramédico especializado), como también de orden cultural (fomento de la pertenencia a la entidad, es decir una común-uni3n con los objetivos institucionales de la entidad), que conduzcan a lograr una identificaci3n de todos los actores con el prop3sito del modelo, m3s all3 de su pertenencia a grupos profesionales particulares.

Para obtener un funcionamiento exitoso en las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, a decir de los especialistas del enfoque de mejora continua, debe promoverse un liderazgo s3lido de la alta direcci3n o gerencia, una mayor participaci3n de los integrantes de la organizaci3n en las decisiones de la misma, se recomienda que exista un enfoque de servicio centrado en el cliente tanto interno como externo, debe prevalecer asimismo un ambiente de confianza al interior de la entidad, se requiere contar con planes de capacitaci3n continua del personal, otorgar reconocimiento y recompensas a los desempeños sobresalientes, y constituir un compromiso generalizado entre los integrantes por la mejora de sus acciones (Asubonteng et al., 1996; Jackson, 2001).

El modelo presentado en el cuadro 2.2, que tiene los tres elementos ya comentados de planeaci3n, instrumentaci3n y evaluaci3n (Saturno, 1999), comprende a su vez cinco etapas o fases, cada una de ellas con acciones particulares (sensibilizaci3n y compromiso, planeaci3n, programaci3n, instrumentaci3n y evaluaci3n). Como puede apreciarse este modelo implica no s3lo un cambio organizacional en cuanto a una mejora t3cnica, sino como se apunt3 anteriormente, implica a su vez una transformaci3n misma de la organizaci3n.

Los aspectos que distinguen al modelo de mejora de su predecesor (aseguramiento de la calidad), son: esfuerzo continuo para mejorar todos los est3ndares de desempeo, evaluaci3n por parte tanto de clientes internos como

externos, éstos últimos no doctos en la materia<sup>27</sup>, y finalmente que las acciones estén centradas en la satisfacción de los usuarios o clientes (Asubonteng, et al., 1996).

## 2.5 VARIACIONES SOBRE UN MISMO TEMA: DE LA EVALUACIÓN, AUDITORÍA, ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

---

Los servicios de salud se institucionalizan en México hacia la década de los años cuarenta del siglo pasado, con la creación de la seguridad social (Alvarez, 2002); es bajo este contexto de medicina institucionalizada que hacia 1956 un grupo de médicos, de manera extraoficial, evalúan la atención médica prestada revisando los expedientes clínicos del Hospital La Raza del IMSS (Aguirre, 1997; Saucedo, Durán y Hernández, 2000). Puede inferirse que tal revisión buscaba evaluar la calidad de la atención prestada, aún cuando el término calidad no figuraba como tal. Un año después en 1957, se crea de manera institucional la Comisión de Supervisión Médica del IMSS, cuyos trabajos se reflejan con la publicación de los documentos “Auditoría Médica” y “Evaluación Médica”, en 1972<sup>28</sup>, además de “El expediente clínico en la atención médica”, en 1973<sup>29</sup> (Aguirre y Ruelas, 2002).

Escasas son las referencias de qué sucede en términos de evaluación de la práctica médica en el periodo de los años sesenta, específicamente en el periodo comprendido entre los trabajos desarrollados en el Hospital La Raza del IMSS en los años cincuenta y la edición de las publicaciones arriba mencionadas a principio de los años setenta. Al respecto Ruelas et al., (1990), apunta que durante los sesentas se desarrollaron modelos sistemáticos de la calidad de la atención médica, lo cual redituaría en la década siguiente, con la publicación de las ediciones arriba mencionadas. Estos trabajos, a decir de varios autores (Aguirre y Ruelas, 2002; Saucedo, Durán y Hernández, 2000), modernizan la auditoría médica para ubicarse ahora como Evaluación Médica, adquiriendo así mayor relevancia y expandiendo estas acciones hacia otras instituciones de

---

<sup>27</sup> El aspecto de ser evaluado por parte de los pacientes o público en general, conlleva establecer una diferencia sustancial de estos enfoques con respecto a los anteriores, en donde un grupo de pares o expertos del área juzgaban la calidad de los servicios otorgados; aquí los juicios de valor respecto al servicio recibido corresponden a la experiencia vivida, y no necesariamente a su pertinencia.

<sup>28</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social (1972). *Auditoría Médica. Instrucciones*. México: Subdirección General Médica; Instituto Mexicano del Seguro Social (1972). *Evaluación Médica. Instrucciones*. México: Subdirección General Médica.

<sup>29</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social (1973). *El expediente clínico en la atención médica. Instrucciones*. México: Subdirección General Médica.

salud (ISSSTE, Secretaría de Salud y DIF), cada una de ellas elaborando sus respectivas publicaciones<sup>30</sup>.

Durante la década de 1970, en México se publican varios artículos e investigaciones respecto la evaluación médica<sup>31</sup>, dando cuenta de experiencias relevantes para mejorar la calidad tanto del propio ámbito médico como del área de enfermería (Aguirre y Ruelas, 2002). Entre los enfoques adoptados destaca la evaluación del expediente clínico como un instrumento para conocer el tipo de atención médica otorgada<sup>32</sup>. Este enfoque que se desarrolla en México es acorde con la propuesta de auditoría y aseguramiento de calidad que prevalecía en esa misma época en los EUA.

Es hacia la segunda mitad de la década de los años ochenta, cuando se impulsan de nueva cuenta las acciones institucionales para verificar el estado que guarda la atención médica prestada, una decisiva influencia para el desarrollo y puesta en marcha de estas nuevas iniciativas que buscan organizar y promover el desempeño lo constituyen por un lado, la propuesta que desde un enfoque sistémico y del propio ámbito de médico establece el modelo de estructura, proceso y resultado de Donabedian (1984, 1988), y por el otro, la difusión del discurso industrial y administrativo de la calidad total y su inserción en el ámbito de la salud (Berwick 1989; Laffel y Blumenthal, 1989). A partir de la generalización de un enfoque gerencial-industrial en la atención de la salud, se desarrollan enfoques de mejora de calidad en donde la calificación otorgada por la ciudadanía adquiere relevancia capital así como la importación de los nuevos modelos industriales como la reingeniería y el *benchmarking* al ámbito del cuidado de la salud.

En México, estos desarrollos son coordinados fundamentalmente por el médico Enrique Ruelas y su equipo de colaboradores (Ruelas et al., 1990), quienes desde fines de los años ochenta establecen una línea de trabajo enfocada a la aplicación de enfoques de control y mejora de calidad. Este equipo de trabajo e investigadores contemporáneos han realizado diversas propuestas conceptuales (Reyes, Meléndez y Vidal, 1990; Martínez, García y Reyes, 1995), destacando el empleo de la técnica de círculos de calidad (Ruelas et al, 1990), propia del control de calidad industrial en los años ochenta (Cfr. Mercado, 1991a). Dentro de esta línea de trabajos se reportó la utilización de esquemas de mejora que

---

<sup>30</sup> Secretaría de Salud (1986); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (1975); Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (1982).

<sup>31</sup> González, (1972); Pérez (1974); González (1975); Lee et al. (1975); Hernández et al. (1975); De la Fuente et. al. (1976); Maqueo et al. (1976).

<sup>32</sup> González. (op. cit.); Lee et al. (op. cit.); De la Fuente et al. (op. cit.); Maqueo et al. (op. cit.); Hernández et al. (op.cit.).

implican programas de cambio organizacional, bajo la denominación de garantía de calidad durante la década de los años noventa (Martínez et al., 1995 y 1996); y desarrollos recientes que se inscriben en los procesos organizacionales de mejora continua de la calidad (Martínez, 2007; Posada et al., 2002).

---

### 2.5.1 EVALUACIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

---

En la década de los años ochenta del siglo pasado, el denominado Grupo Básico Interinstitucional del Sector Salud, trabajó con una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones de atención a la salud (Aguirre y Ruelas, 2002; Ruíz de Chávez et al., 1990). Esta metodología, sirvió de base para la edición de documentos que establecían los pasos y acciones necesarias para valorar la calidad de los servicios que prestaban las instituciones de salud<sup>33</sup>. De este modo, bajo la influencia de la perspectiva sistémica de Donabedian (1984, 1988), y la incorporación del componente de la satisfacción, tanto de los usuarios como de los propios prestadores (trabajadores), la metodología en cuestión pretendía integrar un diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica (Ruíz de Chávez et al., 1990).

El propósito de esta metodología de evaluación de la calidad, se inscribe en el modelo de aseguramiento de la calidad ya revisado, el cual establece acciones específicas *ex post*, como la auditoría o la revisión de casos por colegas, para determinar el cumplimiento o no, de las acciones necesarias para la prestación de un determinado servicio o procedimiento particular.

De este modo, esta propuesta puede ser ubicada como un primer esfuerzo institucional de evaluación de la calidad de la atención médica, cuyo propósito es la valoración de los diversos elementos que intervienen en su producción. A este esquema de trabajo se le ha denominado como aseguramiento o evaluación, el cual se define como un: “Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud (...) coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y efectos producidos” (DIF 1982, citado en Ruíz de Chávez et al., 1990:158)

---

<sup>33</sup> González P. et al. (1984). “Sistema de evaluación Médica. Progresos y perspectivas.” *Revista Médica del IMSS*, 22:407-420; Aguirre, H. (1993) *Calidad de la Atención Médica*. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Cabe hacer notar que este último documento fue editado con la participación interinstitucional de la Secretaría de Salud, el ISSSTE, el IMSS, el DIF y los Servicios Médicos del entonces Departamento del Distrito Federal.

En ese sentido un sistema de evaluación busca conocer las características con que se otorga la atención, y puede ser llevado a cabo mediante diversos procedimientos: la revisión de expedientes clínicos, auditorias y comités médicos. La propuesta de evaluación del mencionado Grupo Básico, contempla las diversas dimensiones de los servicios de salud desde las cuales es posible verificar la calidad: estructura, proceso y resultado (Donabedian 1984, 1988), con lo que adquiere un carácter que pretende ser integral al considerar aspectos como el cumplimiento de la normatividad y la capacidad operativa de la infraestructura, además de incluir productos ya considerados como la revisión de expedientes clínicos.

Los elementos que se presuponen definen la calidad de atención médica son identificados en cédulas de registro y valorados por comités técnicos que determinan su estado actual, para entonces plantear a partir de la evaluación realizada, propuestas de solución y mecanismos de seguimiento correspondientes. Esta labor debe realizarse sistemáticamente con la participación de los diversos actores interesados (Ruíz de Chávez, et al. 1990). Un análisis cuidadoso mostrará que su énfasis está en las dimensiones de estructura, en el cumplimiento o no de los procedimientos, así como en apego o no a ciertas directrices normativas; con lo que se ubica de lleno en el modelo de aseguramiento de calidad descrito en secciones anteriores.

---

### 2.5.2 GARANTÍA DE CALIDAD (REFORZAMIENTO DE LA EVALUACIÓN MEDIANTE CÍRCULOS DE CALIDAD)

---

Dentro de esta línea de evaluación de la calidad de la atención médica, se pueden consignar los esfuerzos por implantar los denominados “círculos de calidad”, como la estrategia operativa de lo que se denomina programa de garantía de calidad.

Para algunos autores, la evaluación médica como la propone el Grupo Básico, no establece ni propone acciones sobre cómo subsanar las deficiencias encontradas en los diversos rubros que califica, por lo que es necesario desarrollar y establecer acciones que den solución a la problemática detectada. En ese sentido no basta con la evaluación desplegada y el juicio correspondiente, hace falta la implantación de un programa que establezca las acciones sistemáticas apropiadas para que los recursos utilizados y los procesos de atención aseguren una atención de calidad a los usuarios de los servicios de salud. Estas acciones se enmarcan en lo que se conoce como programas de

garantía de calidad (Ruelas et al., 1990). Una de las estrategias para ponerlo en marcha es mediante la operación de los círculos de calidad.

Esta estrategia, desarrollada originalmente para el control de la calidad y la eficiencia en la industria, fue adaptada para la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología y en el Hospital General Adolfo López Mateos del ISSSTE en la década de los años ochenta (Suárez 1987, citado en Ruíz de Chávez et al., 1990). Es considerada como una estrategia operativa que complementa la tarea de evaluación, y se inscribe como ya se mencionó, en un programa de garantía de calidad.

Los círculos de calidad, aunque adaptados para su funcionamiento en los servicios de salud, presentan los mismos propósitos pero a su vez las mismas limitaciones que sus pares desarrollados en el sector industrial<sup>34</sup>. En cuanto a sus propósitos buscan facilitar, con el concurso de diversos actores de la organización y sin distinción de jerarquías, la identificación de problemáticas actuales y potenciales, su análisis en conjunto, así como la propuesta de acciones colectivas para su corrección. Entre las limitaciones detectadas durante su funcionamiento, destacan la heterogeneidad de sus integrantes, particularmente en cuanto a sus profesiones de origen y diferente posición que cada uno de los convocados ocupan en el equipo de salud; lo que dificulta el consenso y autoridad para hablar de ciertas temáticas que son competencia exclusiva del grupo médico. Más aún, a pesar de que la temática a tratar sea de asuntos genéricos que atañen a todos los citados, persiste la ausencia “inevitable” a las reuniones por parte de ciertos miembros (grupo médico), en virtud de los requerimientos propios del servicio.

Lo novedoso de la experiencia mexicana es que se logró la participación de personal médico, la cual según lo reportado por quienes lo impulsaron (Ruelas et al., 1990), constituyó la primera experiencia en el mundo, pues en su utilización en otras latitudes regularmente sólo participaban áreas de apoyo paramédicas y personal administrativo de instituciones de salud (Aguirre y Ruelas, 2002). Con su puesta en marcha se resolverían tanto las limitaciones de los servicios como las críticas vertidas sobre los programas de evaluación respecto que únicamente emiten una valoración y no ponen en marcha acciones correctivas. No obstante las bondades que presagiaban éxito en su instauración, este tipo de experiencias no continuaron y no está documentado nuevamente su empleo en otras entidades de salud del país. Aunado a las limitaciones ya mencionadas, los

---

<sup>34</sup> Los círculos de calidad se definen como un grupo de individuos, generalmente de un mismo departamento que se reúnen periódicamente para analizar un problema que afecta la calidad del producto o del servicio (Ruelas et al., 1990:212).

mismos promotores establecen que su éxito relativo se debió a que se desarrolló en un servicio de baja complejidad, que ya contaba con un alto grado de sistematización (Ruelas et al., 1990). Asimismo advierten que de iniciarse en otro servicio, considerando la complejidad inherente de los servicios de salud, consumiría mucho tiempo la implantación de los mencionados círculos de calidad.

Se tiene entonces que para fines de los años ochenta y principios de los noventa del siglo anterior, la difusión del discurso industrial y administrativo de la calidad total en el ámbito de las organizaciones productivas y su aplicación se extiende al ámbito de los servicios de salud, teniendo como resultado la aplicación de sus estrategias aunque con resultados limitados. Como puede apreciarse, existe un paralelismo entre el camino recorrido por la propuesta de calidad en el ámbito industrial y los servicios de salud: un comienzo con el aseguramiento (control de calidad), o cumplimiento de requisitos de manufactura o prestación de servicios, y la posterior propuesta de mejora continua que atiende las propiedades de los productos y servicios entregados e implica en el proceso mismo de la calidad a los usuarios, clientes o consumidores. En ambos modelos o propuestas figura el interés por un manejo apropiado de los recursos, el control de los costos y la satisfacción de los clientes o usuarios. Este último aspecto, la satisfacción, junto con la noción de mejora continua de los procesos constituye la piedra angular del siguiente esfuerzo en materia de calidad: su mejoramiento continuo. No pasará más de un lustro para que en México después de la segunda mitad de los años noventa, la mencionada noción de mejora continua en los servicios de salud, particularmente en su vertiente de satisfacción de los usuarios, irrumpa en las tareas de gestión de estas organizaciones, mediante su incorporación en los programas de gobierno del sector salud.

## 2.6 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO. PERSPECTIVA DE LA MEJORA

---

La evaluación de la calidad de la atención en México constituye como se mencionó, una preocupación que data desde los años cincuenta del siglo anterior. Atendida inicialmente mediante la formación de comités de evaluación del expediente clínico, la calidad posteriormente reside en el cumplimiento o no, tanto de requisitos como de la aplicación de los procedimientos y las acciones correctas. Hacia 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud, la calidad de la atención está considerada como un derecho de los beneficiarios del sistema de salud en México (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión,

2010a). Diez años después, a mediados de la década de los años noventa, tal consideración estaba lejos de alcanzarse en la medida que la calidad de los servicios en salud, ahora entendida también en su nueva acepción como satisfacción de los usuarios no se obtiene del todo. La Encuesta Nacional de Salud II, realizada en 1994 (Zurita et al., 1997), documenta la insatisfacción entre los usuarios por los servicios que reciben: escasa efectividad de la atención médica y ausencia de un trato digno, tal percepción es ratificada igualmente por el propio personal de salud: los médicos, enfrentan condiciones precarias de trabajo y de desarrollo profesional (Secretaría de Salud, 1994b).

En un estudio reportado por Frenk, Lozano y González (1994), solo un 27% de los usuarios de centros de salud de la Secretaría de Salud, recibían atención médica satisfactoria, consideración realizada a partir no de los mismos usuarios sino de un grupo de expertos que observaron los procesos de diagnóstico y terapia. Con base en tal estudio, un 47% de la atención brindada es deficiente y un 26% es inaceptable. Tal situación se atribuye tanto a problemas en la preparación y calidad de los recursos médicos, como a las carencias de equipo. En una encuesta realizada en el IMSS, personal médico asigna 67 puntos a la atención a los pacientes, considerando una escala del 0 al 100, (Frenk, Lozano y González, 1994). Estos resultados establecen que la percepción de la calidad de los servicios prestados, aún desde la propia perspectiva del personal de salud no es del todo satisfactoria. Cabe resaltar que las causas de la mala calidad se atribuyen tanto a la organización del trabajo como a problemas de personal y a la escasez de recursos materiales.

Bajo este contexto el documento rector de las políticas en salud durante el periodo 1994-2000, plantea entre sus estrategias para enfrentar los desafíos del periodo: la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios que se prestan a la población. Por tanto en este periodo se busca promover la satisfacción de los usuarios, implantar programas de incentivos que revaloren los recursos humanos así como una iniciar una reorganización institucional. Este último aspecto plantea la incorporación de procesos de eficiencia que mejoren la dinámica operativa y que abatan costos, entre estos procesos se hablaba de estrategias de desarrollo organizacional que favorezcan una cultura basada en el mejoramiento continuo (Secretaría de Salud, 1994b).

Durante dicho periodo de gobierno, se iniciaron procesos de mejora continua como el Plan Integral de Calidad del IMSS<sup>35</sup> y el Programa de Mejoría Continua

---

<sup>35</sup> Cfr. Instituto Mexicano del Seguro Social y Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (1998). *Plan Integral de Calidad*. México: IMSS

de la Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud<sup>36</sup>. Según se reporta estos programas no tuvieron los efectos esperados en términos de institucionalización de la mejora, debido a que se perciben más como una carga extra de trabajo que como instrumentos de gestión para fortalecer el trabajo cotidiano de las unidades médicas de los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2002a).

Para el año 2000, las encuestas de salud establecen que la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud es deficiente y está apenas por arriba de la apreciación que se tiene de los servicios de seguridad pública (policía); a juicio de los encuestados predomina la insatisfacción con la atención otorgada. Como ejemplo de ello se tiene que los hospitales del IMSS, que en la encuesta de 1994 eran percibidos como de los mejores en cuanto a servicios, se ven desplazados seis años después por los hospitales privados (Valdespino et al., 2003).

El promedio nacional de la percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de los usuarios en 1994 fue de 86 puntos; en el año 2000 bajó a 79 puntos, destacando un deterioro en rubros como la prontitud de atención y los tiempos de espera (Zurita y Ramírez, 2003). En síntesis, en comparación con años anteriores, hacia el año 2000 la población percibió un menoscabo en el trato a los pacientes y en la calidad de los servicios de salud.

---

### 2.6.1 CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (2001-2006)

---

Bajo ese contexto de insatisfacción de la comunidad usuaria hacia los servicios de salud, para el sexenio 2001-2006, las autoridades del sector en México despliegan de nueva cuenta un esfuerzo institucional para mejorar la calidad de los servicios de salud; convirtiéndola así en una de las acciones principales que en esa materia realiza el gobierno federal para tal periodo. De tal modo, la temática de la calidad figura junto con la equidad, la viabilidad financiera del sistema y la justicia financiera para sus usuarios, como uno de los retos que el gobierno federal tiene en cuanto a la prestación de servicios de salud a la población (Secretaría de Salud, 2001). El programa de acción diseñado particularmente para hacer frente al reto de la calidad en los servicios de salud es lo que se conoce como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (Secretaría de Salud, 2002a). Este programa tiene como objetivo general

---

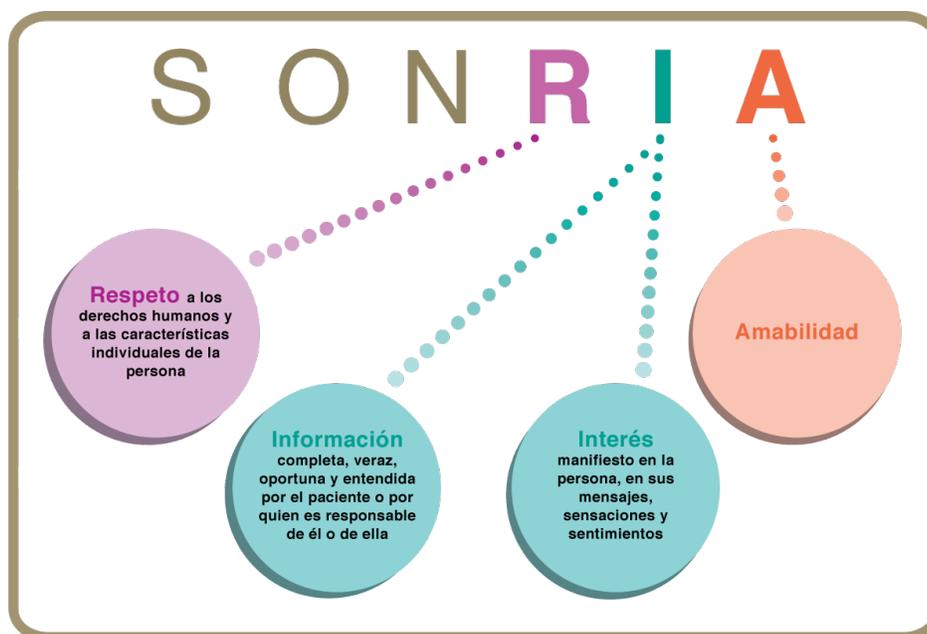
<sup>36</sup> Cfr. Secretaría de Salud (1997). *Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud*. México: Secretaría de Salud

“elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por toda la población” (Secretaría de Salud, 2002a:37).

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, y el documento que detalla específicamente las acciones del programa de acción de la cruzada, reconocen la baja calidad que presentan los servicios de salud en cuanto al servicio otorgado y la atención médica prestada (Secretaría de Salud, 2001, 2002a). Entre los problemas que se destacan están: una mala atención percibida por los usuarios, prolongado tiempo de espera, heterogeneidad en el cumplimiento de la normatividad médica para ciertos padecimientos, limitada cobertura de servicios, abasto de medicamentos insuficiente, información incompleta al paciente sobre su estado de salud, los riesgos y la evolución de la enfermedad, entre otros.

La noción de calidad que subyace a este programa son dos: el trato digno y la atención efectiva. El primero comprende el respeto, la información completa y un interés y amabilidad hacia el usuario de los servicios; el segundo elemento lo constituye la atención médica con efectos positivos. La distinción de estos elementos es presentada en el documento rector del programa a manera de acrónimos mnemotécnicos (Secretaría de Salud, 2002a), los cuales se presentan en los esquemas 2.1 y 2.2:

FIGURA 2.2 ACRÓNIMO MNEMOTÉCNICO DE LA CRUZADA



Elaboración del autor

FIGURA 2.3 ACRÓNIMO MNEMOTÉCNICO DE LA CRUZADA



Elaboración del autor

La definición de los aspectos que integran estos dos elementos es puntualizada a nivel conceptual destacando lo que significa cada una de las letras del acrónimo mencionado, las cuales son asociadas a una imagen (ver figura 2.2), que constituye la imagen visual del programa, misma que fue utilizada en las campañas de difusión que la propia secretaría realizó a través de diversos medios de comunicación<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> La difusión de la campaña se hizo tanto para la población abierta con la transmisión de promocionales en la televisión, radio y la revista de la campaña (ECOS de Calidad), así como mediante una serie de acciones de capacitación para trabajadores del sector salud y la producción de material de apoyo: manuales para los participantes y carteles alusivos al propósito de la misma. Estas acciones se instrumentaron durante el periodo 2001-2006. Cfr. Secretaría de Salud (2002b, 2002c, 2006a, 2006b).

FIGURA 2.4 IMAGEN VISUAL DE LA CRUZADA



Fuente: Secretaría de Salud, 2002b

La imagen visual de la campaña, a decir de sus promotores, pretende "ilustrar (...) una visión de los resultados esperados de un sistema de salud de alta calidad antes que cualquier visión conceptual" (Secretaría de Salud, 2002a: 32). La figura 2.2 reproduce la imagen visual de la campaña utilizada en afiches, folletos y campañas de difusión televisivas. El mensaje que se transmite es el siguiente, a decir de la propia Secretaría de Salud:

Esta imagen está compuesta por sonrisas: sonrisas de amabilidad, de satisfacción y de comprensión tanto de quienes reciben los servicios como de quienes lo proporcionan. En efecto, sonrisas de amabilidad de usuarios y prestadores cada vez que se encuentran unos frente a otros, y sonrisas de satisfacción, también de ambas partes, cuando el resultado de la atención es el deseado para todos. Pero cuando no es así, sonrisas de comprensión por parte del prestador del servicio, quien entiende el sufrimiento producto del dolor y el pesar de su paciente, y del paciente mismo, el cual, a su vez, tiene perfectamente claro que el equipo de profesionales de la salud, con toda honestidad, ya no pudo hacer más para aliviar su dolor o para salvar su vida (Secretaría de Salud, 2002a: 32).

De las acciones que en conjunto se propusieron en el programa, las tareas desarrolladas y mayormente publicitadas en la primera etapa de desarrollo (impulso al cambio) fueron las siguientes:

- a) disminución de tiempos de espera en consulta externa y urgencias,
- b) aumentar la calidad de la información que proporcionan los médicos a los pacientes y
- c) el aumento de surtimiento de recetas: abasto de medicamentos (Secretaría de Salud, 2002a).

Estas acciones iniciales constituyeron el vehículo de entrada del programa de la cruzada en las instituciones públicas de servicios de salud y en su momento, fueron los aspectos en los que se reportaban mayor número de resultados en las diversas publicaciones y sistemas de información de la propia secretaría: (tiempo de espera, trato digno y satisfacción de usuarios)<sup>38</sup>, además de ser estos los temas más abordados en las campañas de difusión mediante emisiones radiofónicas y televisivas.

La orientación de estas acciones es congruente con el énfasis que el propio programa y el concepto de calidad misma otorgan a los clientes o usuarios. Así tenemos que los tres aspectos en su conjunto pretenden impactar de manera directa en la percepción que el usuario tiene de los servicios: el periodo de tiempo que espera para ser atendido, la información que recibe por parte del profesional de la salud y la disponibilidad y otorgamiento de los medicamentos indicados. Estos elementos constituyeron entonces el detonador de las acciones para instrumentar la mejora de la calidad de servicio en los servicios de salud.

Una característica primordial del programa de la cruzada es que privilegia no sólo la parte técnica de la calidad –mejora de los procesos médicos–, sino sobre todo la dimensión de satisfacción de los usuarios de los servicios como punto de partida así como también la satisfacción de los prestadores de los servicios de salud con su trabajo. Además de los usuarios y la percepción de su satisfacción, otros actores importantes de estos enfoques son las mismas autoridades o directivos del sector salud que encabezan la iniciativa y la promueven, así como el equipo consultor que participó en la realización, apoyo y evaluación del programa<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> El balance anual de cada año de gobierno en el periodo 2001-2006 se reporta en los informes de labores de la Secretaría de Salud, documentos que destacan las acciones y metas logradas en cada uno de los años referidos. Cfr. Salud México e Informe de labores del periodo comprendido entre el 2001 y el 2006 en: <http://www.salud.gob.mx>

<sup>39</sup> La participación de empresas consultoras en la elaboración de la propuesta se desprende de varias fuentes: la mención de entidades privadas y públicas como el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP), entre otras, que asesoraron la instrumentación del Programa de Acción de la Cruzada (SSa, 2002a); así como de la disponibilidad para su descarga, durante por lo menos cuatro años en la página electrónica de la Secretaría de Salud (del año 2001 al 2004), de un material en

Planteado así, se tiene que en los esquemas de prestación de servicios de salud institucionales del país, se presentaba como aspecto fundamental la satisfacción del usuario y la visión que las entidades promotoras proponen como objetivo de la cruzada, a saber: “elevar la calidad de los servicios de salud a un nivel aceptable claramente percibido” (Secretaría de Salud, 2002a). Mediante este esfuerzo institucional se responde a las expectativas de los pacientes y a las demandas particulares de la población consignadas tanto en el diagnóstico elaborado para la conformación del plan nacional de salud (Secretaría de Salud, 2001); como la situaciones reportadas en las encuesta de satisfacción (Zurita et al., 1997), y en la encuesta nacional de salud 2000 (Valdespino et al., 2003). El balance de estos servicios en la última encuesta realizada en el año 2006, es prácticamente el mismo que los ejercicios anteriores (Olaiz et al., 2006), lo que significa que según estos estudios, la percepción de la calidad del servicio en términos de los tiempos de espera y tipo de servicio recibido se ha mantenido en niveles iguales que en periodos pasados, siendo así mínima la mejora reportada.

---

formato digital denominado “Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud”, documento que carece de un autor particular o institución pública que lo avale, sin embargo en su portada aparece como firma lo siguiente: Qualimed - Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios (Cfr. Qualimed, 2000). De la primera entidad firmante, un reconocido autor en la materia le adjudica el siguiente calificativo: “... firma consultora privada especializada en la mejora de la calidad de servicios de salud” (Ruelas, 2009:5).

---

## 2.6.2 LA CRUZADA COMO ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL DE CAMBIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

---

La naturaleza, acciones y alcances del programa de mejora de la calidad “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” emprendidos por el sector salud en México, se enfocaron a mejorar los servicios que se prestan en los hospitales, particularmente el brindar la atención médica efectiva a los problemas de salud de la población y en ofrecer un trato digno y respetuoso a los usuarios o derechohabientes. Estos dos aspectos son considerados como los elementos claves de toda intervención de mejora de calidad en los servicios de salud (Donabedian, 1993).

Un análisis inicial a la estructura y al contenido del programa de la Cruzada, muestra coincidencias con las propuestas de cambio en el sector empresarial, particularmente el enfoque de cambio planeado (Beckhard y Pritchard, 1992; Furnham, 1997) y con los modelos de calidad total<sup>40</sup> aplicados en el área industrial (Martínez-Lorente et al., 1998; Mercado 1991a, 1991b; Krüger, 2001). De este modo tenemos que una parte sustantiva del programa está enfocada a la búsqueda de un cambio en la cultura de la organización y de su personal, en tanto que la otra comprende acciones que buscan mejorar los procesos sustantivos de la misma mediante el empleo de las herramientas estadísticas y de un monitoreo constante de los procesos de producción (servicios de salud), con objeto de satisfacer tanto las necesidades de los usuarios (pacientes, derechohabientes), como de los clientes internos (personal de salud, directivos y autoridades del sector).

Se apuntó que el objetivo general de la cruzada consistía en elevar la calidad de los servicios de salud, para lo cual se plantearon objetivos específicos en cuatro diferentes ámbitos: 1) usuario, 2) organizaciones prestadoras de servicios de salud y su personal, 3) sistema de salud y 4) población en general (cuadro 2.3). Dos objetivos correspondientes al ámbito de las organizaciones prestadoras de los servicios de salud son de particular interés para este estudio: el primero de ellos consiste en elevar la satisfacción de los prestadores de los servicios de salud con su trabajo; y el segundo establece como propósito arraigar la calidad y mejora continua en la cultura de las organizaciones. Estos dos objetivos plantean así la orientación que deben presentar las diversas acciones de la cruzada en materia de: los prestadores de los servicios (mayor satisfacción con su trabajo), y

---

<sup>40</sup> Por modelos de calidad total, entendemos aquellas estrategias promovidas por el management que buscan los procesos más eficientes con el propósito de satisfacer a los clientes y mantener su viabilidad operativa y financiera.

la adopción de prácticas de mejora en las organizaciones de salud, que conduzcan a establecer una cultura de calidad a su interior.

CUADRO 2.3 OBJETIVOS DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

<b>Objetivo general de la Cruzada</b>	
Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población.	
<b>Objetivos específicos</b>	
<b>Enfocados en el usuario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud.</li> <li>• Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.</li> <li>• Elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas</li> </ul>
<b>Dirigidos a las organizaciones prestadoras de servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i><b>Elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo.</b></i></li> <li>• <i><b>Arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones.</b></i></li> <li>• Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad en los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados, en todo el país.</li> <li>• Establecer un sistema de rendición de cuentas.</li> </ul>
<b>Dirigidos al sistema de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un sistema de información básico, único y confiable de procesos y resultados de calidad – eficiencia, con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes.</li> <li>• Introducir procesos de mejora continua en todos los niveles del sistema que conduzcan hacia una mayor calidad con mucho menos desperdicios.</li> <li>• Desarrollar la capacidad directiva en todos los niveles del sistema.</li> <li>• Establecer un sistema regulatorio promotor de la calidad y de la eficiencia.</li> <li>• Promover una educación sobre calidad, para la calidad y de calidad para el personal de los servicios de salud.</li> </ul>
<b>Dirigidos a la población en general</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información que oriente la búsqueda de servicios de buena calidad.</li> <li>• Mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con datos verídicos, y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud.</li> <li>• Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.</li> </ul>

Fuente: Secretaría de Salud, 2002a; cursivas en negritas por el autor.

Hasta este momento se ha presentado un panorama del concepto de calidad y sus desarrollos en los ámbitos industriales y de atención a la salud, también se dio cuenta del programa de mejora propuesto por las autoridades del sector, para instrumentarse en las clínicas y hospitales del sector público.

Enseguida se presenta la descripción del hospital como organización, ubicando el ámbito específico donde se desarrollan las acciones que comprenden la campaña de la cruzada.

### 3. EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN

---

En la sociedad moderna, los servicios de atención y cuidado a la salud de la población general se otorgan en el marco de un ámbito organizacional particular: hospitales, clínicas y centros de salud. En este capítulo se aborda al hospital como organización, destacando características particulares que lo distinguen de otras, específicamente la formación profesional de sus miembros y la persistencia de una dualidad en la línea de mando; se describen también la orientación de sus mecanismos de coordinación y la naturaleza de sus procesos organizacionales. Asimismo se presenta una caracterización del hospital como una entidad con principios de gestión particulares, los cuales actúan a un mismo tiempo dificultando su funcionamiento y conducción, siendo considerada como una entidad organizativa compleja tanto en su gestión como para su estudio.

#### 3.1 ANTECEDENTES

---

Los hospitales han estado desde su creación ligados a los grandes grupos organizados de la sociedad, como son la religión y el ejército. De este modo se tiene conocimiento de entidades organizativas que podrían ser denominadas hospitales en la isla de Ceilán, hoy Sri Lanka hacia el año 431A.C., destinadas a los brahmanes; o bien en el año 100D.C., los romanos establecen hospitales para el tratamiento de los heridos y enfermos de sus ejércitos. Tiempo después, con la conversión de Constantino al cristianismo en el año 331D.C., los hospitales adquieren su fisonomía moderna al no aislar más al enfermo de la comunidad, por el contrario la tradición cristiana promueve la cercanía con el que sufre y la obligación de su cuidado (Piercey y Scarborough, 2008).

Los médicos-sacerdotes egipcios y los médicos hindúes fueron los primeros en recomendar la utilización de drogas, realizar cirugías y restablecer ciertas fracturas de huesos en sus hospitales, característica que los distingue de los templos griegos cuyo tratamiento era básicamente a base de baños de sol y de ventilar a los enfermos para en consecuencia aliviar sus males. Asimismo las entidades organizacionales que dieron cabida a las acciones de los médicos griegos e hindúes contaban con personal de apoyo que asistiera a los enfermos y permitían también la internación del paciente durante su tratamiento y convalecencia; una característica particular de estos sitios era la limpieza de sus

instalaciones (Georgopoulos y Mann, 1962), todo lo cual implicaba una estricta coordinación tanto de las tareas como del personal que ahí participaba.

Gracias a los grandes descubrimientos científicos y tecnológicos de fines del siglo XIX, la práctica médica y el hospital como organización se independizan de la orientación religiosa que los acompañó en diversos momentos de su historia, particularmente durante la edad media (Georgopoulos y Mann, 1962; Ortiz, 2000). A partir del renovado interés por el conocimiento científico y los grandes descubrimientos que en las ciencias biológicas suceden a partir de mediados del siglo XIX, se van construyendo las bases para la configuración de la institución hospitalaria con similares características a la que hoy conocemos. De este modo, los hospitales se conciben como el espacio apropiado para la aplicación del conocimiento científico en el alivio de las enfermedades y el campo de acción para la actuación de una plantilla de médicos cada vez más profesionalizada (Flexner, 1910); asimismo la disposición física de los hospitales se modifica al situar pabellones diversos para cada una de las enfermedades (Wolper y Peña, 1999). Bajo este contexto de constitución de espacios, los hospitales se adaptan en lo físico y organizacional para contar con el equipamiento, las facilidades, el personal y la estructura organizativa pertinente para la realización de cirugías y atención a las enfermedades de los pacientes que ingresan (Georgopoulos y Mann, 1962).

### 3.2 EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN

---

El hospital constituye entonces una entidad equipada, organizada e integrada por personal especializado, la cual está dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la población o atención a heridos; funciona también en muchos casos como centro de investigación y constituye el sitio idóneo para la formación de los profesionales de la salud (Piercey y Scarborough, 2008).

Los hospitales cuentan para ello con un grupo de trabajo conformado por profesionales médicos, personal profesional no médico especializado en atención a la salud, personal profesional no médico, técnicos especializados y personal de apoyo diverso; asimismo debe disponer con la infraestructura pertinente (disponibilidad de camas, quirófanos, equipo y tecnología) cuyo propósito fundamental es brindar a los pacientes internos y ambulatorios servicios médicos, quirúrgicos, de enfermería y otros servicios especializados conexos para atender sus padecimientos, enfermedades y promover su salud (Georgopoulos y Mann, 1962).

El hospital como organización, constituye un espacio particular en el que se conjugan fenómenos organizacionales diversos, sobre todo aquellos relacionados con su operación cotidiana, misma que implica una coordinación de tareas y definición de prioridades: la integración en un mismo lugar y tiempo de diversos profesionales de la salud, que buscan establecer una mejoría en el bienestar de los individuos y de la población misma. Asimismo entre ese grupo de profesionales están aquellos que vigilan el funcionamiento y se encargan de operación técnico administrativa y de servicios de la propia entidad, en ocasiones desde ángulos y mecanismos de acción diferentes al común denominador que prevalece a su interior: el de los profesionales de la salud, sean médicos o de profesiones afines.

El principal propósito de un hospital es brindar cuidado y tratamiento médico a sus pacientes, atención que debiera estar limitada exclusivamente por el grado de avance en el conocimiento de las ciencias de la salud, por la disponibilidad de recursos de los que se dispone para la realización de su cometido, así como por la organización particular de los servicios que ofrece (Georgopoulos y Mann, 1962; Longest, 1990).

La primera limitante para brindar servicios de salud concierne al estado que guarde el conocimiento de la ciencia médica y su aplicación práctica en el tratamiento de las enfermedades (Aguirre, 1997), y la segunda responde a una de orden económico, incluso medico-económica, cuando se intenta determinar cuál es la atención médica óptima, es decir hasta donde es conveniente destinar recursos en la atención del paciente cuando por más esfuerzos que se realicen, el estado de salud del paciente no mejorará (Donabedian, 1988).

El tercer aspecto que condiciona de algún modo dar cumplimiento a la función de un hospital, corresponde a los variados mecanismos de coordinación que se requieren para ponerlo en marcha. Esto se debe a que el tipo de gestión desplegada en un hospital, parece no encajar del todo con el modelo burocrático que los científicos sociales adscritos a una ciencia normal de lo organizado están acostumbrados utilizar. Es decir, en este ámbito se presentan esquemas de actuación particulares característicos de los profesionales de la salud, se habla así de la autonomía del quehacer médico y de una escala de evaluación del desempeño propia. Estos aspectos serán presentados y examinados enseguida.

### 3.3 MECANISMOS DE COORDINACIÓN

---

Describimos enseguida las principales características del control del trabajo y mecanismos de coordinación de los hospitales a la par que se detallan los aspectos y procesos de organización particulares que presentan. Los cuales a nuestro juicio, establecen un permanente desafío para los estudiosos de las organizaciones en tanto tornan compleja su operación diaria, es decir su gestión.

Para ilustrar el hospital como un tipo de fenómeno organizado particular retomamos el esquema conceptual que emplea Henry Mintzberg en su propuesta de estructuración de las organizaciones, específicamente cuando hace referencia al modelo de burocracia profesional (Mintzberg, 1983). Los mecanismos generales de coordinación en las organizaciones, vitales para el cumplimiento de sus propósitos son, de acuerdo a la configuración que este autor propone: 1) adaptación mutua; 2) supervisión directa; 3) normalización o estandarización del proceso de trabajo; 4) normalización o estandarización de los resultados; 5) normalización o estandarización de los conocimientos y las habilidades o destrezas y 6) estandarización de las normas. Estos mecanismos se encuentran en mayor o menor medida al mismo tiempo en las organizaciones; sin embargo, predominan uno o dos dependiendo de la configuración organizacional que se trate: empresarial, máquina, diversificada, innovadora y misionera. Para el caso de las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, enmarcadas en la configuración profesional o burocracia profesional como también se le ha denominado, cada uno de estos mecanismos está en funcionamiento continuo como enseguida apuntaremos.

Una característica fundamental de las organizaciones profesionales como los hospitales, las universidades y los centros de investigación es la formación profesional de sus integrantes, fundamentalmente del personal que integra el núcleo de operaciones<sup>41</sup>, que bajo la perspectiva de Mintzberg (1983), corresponde al grupo de personas que desarrolla las tareas básicas o fundamentales de la organización; en este caso se trata de los profesionales de la medicina en su cotidiana tarea de atender pacientes en consulta y realizar intervenciones quirúrgicas, por destacar solamente las tareas más representativas y características de los hospitales. El aspecto que particularmente vincula y mantiene unida a la organización profesional, siempre

---

<sup>41</sup> Henry Mintzberg establece que toda organización está conformada por seis elementos básicos: organización: el núcleo de operaciones, el ápice estratégico, la línea intermedia, la tecnoestructura, el staff de apoyo y la ideología o cultura de la organización (Cfr. Mintzberg 1983).

desde el esquema de Mintzberg, es la normalización o estandarización de los conocimientos y las habilidades de sus integrantes; es decir el común denominador del grueso de su personal es la formación profesional en medicina general, aún cuando sus áreas de especialización posterior sean diversas: cardiología, pediatría, cirugía, traumatología, ortopedia, oftalmología, nefrología, neurología, psiquiatría, entre otras. Más aún, otros profesionales de la salud que laboran en el hospital gozan parcialmente de esta pertenencia en la medida que desempeñan sus tareas en conjunto con estos profesionistas, centran su trabajo en el restablecimiento de la salud y la atención de los pacientes compartiendo también las normas de estas entidades (aquí aparece un nuevo mecanismo de coordinación compartido: estandarización en cuanto a las normas de las entidades de la salud).

Asimismo cabe destacar un aspecto simbólico y a la vez muy básico que determina la identidad entre los profesionales médicos y los de la salud: la utilización de un uniforme o bata, práctica común entre estos actores<sup>42</sup> (personal de enfermería, psicología, estomatología, fisioterapia, laboratorio clínico).

El proceso de esta normalización o estandarización de los conocimientos y las habilidades de los actores centrales de las organizaciones de la salud no ocurre al interior de la entidad sino afuera, en tanto su formación de base sucede en las universidades y escuelas especializadas formadoras de médicos y de profesionistas de la salud; y cuando se da al interior de la organización, como es el caso con los médicos internos o médicos residentes<sup>43</sup>, su formación y

<sup>42</sup> El blanco de la bata adquiere un significado en el hospital en tanto identifica al médico como una persona distinta, ocupando un lugar particular en la organización, siendo a su vez reconocido por otros (personal y usuarios). La bata blanca o uniforme completo sirve para marcar y establecer diferencias aún entre el propio personal médico, mientras el estudiante interno y el residente utilizan una vestimenta blanca completa (bata, camisa o blusa y pantalón o falda), el médico titular o adscrito utiliza solo la bata blanca sobre su vestimenta cotidiana. Entre el personal de salud no médico, la utilización del uniforme o bata establece también diferencias, la utilización del uniforme blanco por personal de enfermería además de la cofia en el caso de las mujeres es también signo de distinción, pues sobre ésta se marcan o no cintas dependiendo del nivel: auxiliar, titulada, jefa de piso o supervisora. Otras actividades también utilizan cierto uniforme, ya no el color blanco propio de médicos o enfermería pero si el empleo de bata de otro color para identificar otro personal de apoyo: trabajo social, laboratorio, dietología, asistentes, medicina preventiva. Cfr. Csendes y Korn (2008); Tristán et al., (2007).

<sup>43</sup> En los hospitales es común encontrar estudiantes de medicina y médicos en formación, es decir médicos internos y médicos residentes. Los primeros son aquellos estudiantes que realizan una estancia académica teórica-práctica como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, en un hospital considerado campo clínico; siendo así una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo (Secretaría de Salud, 2005. Norma Oficial Mexicana, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado NOM-234-SSA1-2003). Por su parte los denominados residentes son profesionales de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresan a una unidad médica receptora para durante un periodo de tiempo, adiestrarse en un conjunto de prácticas y realizar estudios de posgrado en la disciplina de la salud que pretendan

experiencia se adquiere en el trabajo frente a pacientes y desarrollando tareas propias de su profesión, bajo la estricta supervisión de colegas o pares profesionales debidamente calificados. Apareciendo así de nueva cuenta otro mecanismo de coordinación particular: la supervisión directa que se da al observar de cerca el trabajo de internos o médicos residentes por personal médico de mayor jerarquía profesional: médicos titulares adscritos, jefes de servicio o médicos residentes en los últimos ciclos de su especialidad.

Hasta aquí entonces se tiene que las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud utilizan mecanismos de coordinación de las tareas basados en la formación adquirida fuera de la entidad (en escuelas y universidades), sus miembros están sujetos y como tal comparten una estandarización de normas comunes a las organización misma en donde prestan sus servicios, así como también utilizan la supervisión directa, representada por un par profesional de igual o mayor experiencia que puede o no formar parte de la línea intermedia de la organización; es decir personal directivo situado entre el ápice estratégico y el núcleo de operaciones, pero que de ningún modo es ajeno a la profesión ni desconoce la tarea que supervisa. Es decir, las organizaciones profesionales se rigen y conducen bajo los preceptos de profesiones o ramas del saber particulares cuyo conocimiento y habilidades no necesariamente fueron adquiridas en la organización, sino fuera de ella (en universidades), y la supervisión de su trabajo cuando se da al interior de la organización es coordinada y vigilada por un par o igual que atiende no sólo los lineamientos de la organización, sino sobre todo los estándares y valores de su profesión de origen, en el caso que aquí se plantea se atienden las directrices de la profesión médica. De ahí que en el tipo de organizaciones denominadas profesionales, las tareas realizadas sean altamente especializadas y gocen de un amplio grado de autonomía en cuanto al tipo de decisiones que se adoptan, al requerirse el conocimiento médico o profesional de un par o igual para ser discutidas o confrontadas.

Otra característica particular de este profesionalismo, cuando se le ubica al interior de una organización es que aún después de contar con las credenciales necesarias para ingresar y desempeñar su labor, la formación y re-certificación de estos profesionales continua tanto en lo académico como en tareas de investigación y desarrollo de la disciplina. De este modo se tiene, para este grupo una capacitación especializada, reuniones periódicas entre pares para revisar casos clínicos particulares, protocolos de actuación y de certificación y

---

especializarse, conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas (Secretaría de Salud, 1994. Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de residencias médicas NOM-090-SSA1-1994).

recertificación de especialidades médicas, en las que los valores organizativos u orientaciones administrativas por parte de la dirección o del área de gobierno de la entidades en que laboran los médicos, no tienen cabida ni injerencia en las decisiones de los consejos médicos que las presiden y otorgan.

En un primer ejercicio de comparación entre la configuración organizacional burocrática y la profesional se obtienen diferencias importantes. En la primera, propia de las industrias productivas o fabriles, cuya característica primordial es contar con un gran departamento de personal que desarrolla sistemas y rutinas de trabajo para estandarizar las tareas y producir así bienes o servicios bajo el principio de eficiencia en los costos, los parámetros de actuación se deciden al interior de la organización misma. En cuanto a la segunda –la organización profesional- caracterizada por los hospitales, los estándares y normas de actuación están determinados al exterior de la organización misma, para el caso de una institución de salud, los criterios de actuación del ejercicio médico están regulados por la profesión médica, los colegios y consejos de especialidades, así como por el conocimiento disciplinar de la medicina. De este modo, mientras en la configuración organizacional burocrática o maquina la responsabilidad de la actuación de los integrantes reside al interior de la organización misma y específicamente en el equipo de planeación e ingeniería de procesos al dictar las tareas particulares que deben desarrollarse; en la configuración profesional la actuación del grupo médico está fundada en el conocimiento experto de los miembros, adquirido en entidades externas a la organización, así como en un cuerpo de valores y reglas de la profesión. De este modo, en la organización burocrática se tiene una fuerte centralización y por tanto un marco de actuación de sus miembros acotado, mientras que en la organización profesional se aprecia una descentralización de las regulaciones y del desempeño particular de sus integrantes profesionales y por tanto un mayor grado de autonomía en su proceder.

Este análisis permite vislumbrar en las organizaciones burocráticas una concentración de poder en aquellas áreas que definen los mecanismos de actuación de sus integrantes, las que establecen las actividades por realizar en cada una de las jornadas de trabajo, con lo que la imposición y determinación de acciones de unos pocos sobre los demás es una práctica común, siendo en muchas ocasiones atendida a cabalidad por la mayor parte del personal base de la organización. Es decir se atienden las indicaciones de los departamentos o áreas expertas de: finanzas, administración, recursos humanos, ingeniería, y principalmente de aquellas encargadas de coordinar los procesos sustantivos del quehacer de la entidad, con lo que se actúa directamente en el comportamiento y desempeño del personal que integra el núcleo de operaciones

de la entidad organizativa. En ese sentido no es de extrañarse que los movimientos de cambio cultural en las organizaciones (programas de cambio o de mejora de la calidad), sean encabezados por las áreas de recursos humanos, planeación e ingeniería, valiéndose de la posición e injerencia que tienen en las acciones sustantivas de la entidad y en el grueso del personal. Ejemplo de ello es la incorporación por decreto del movimiento de la excelencia empresarial en diversas organizaciones (Peters y Waterman, 1982; Barba y Solís, 1997; Chavira, 2000 y 2003).

Para el caso de las organizaciones profesionales, esta concentración de poder no está tan marcada o tan evidente al interior de las áreas administrativas y de personal o al menos se traslada a otras partes de la organización; en el caso de los hospitales esta concentración se ubica en el grupo médico. Esto se debe al hecho de que las normas de actuación de la parte sustantiva de la organización, es decir del cuerpo médico si nos referimos a un hospital, reside en sus propios integrantes, o sea en los conocimientos y habilidades especializadas de las ciencias de la salud así como en los cuerpos profesionales a los que pertenecen. De este modo se tiene que para los hospitales, la imposición de directrices por parte de miembros o grupos internos de la organización, particularmente los administrativos no es tan vertical o al menos no se asumen irrestrictamente como sí se hace en la organización burocrática. Asimismo cabe destacar que el mecanismo de toma de decisiones en una organización profesional es de naturaleza colegiada, lo que permite el disenso abierto de terceros y la búsqueda de consensos. Esta observación sobre la posibilidad de imponer cierta estructura, procesos de trabajo y mecanismos de actuación particulares existe en ambos tipos de organizaciones (burocráticas y profesionales); sin embargo, para una organización burocrática del sector industrial la decisión de cambiar aunque influenciada por factores contextuales, está determinada por partes específicas de la organización (propietarios o dueños, dirección, junta de accionistas). En cuanto a las organizaciones profesionales si bien tal imposición puede llevarse a cabo, difícilmente lo será de una manera tersa, con toda seguridad habrá inconformidad, resistencia y adaptación de la misma por parte de ciertos grupos de la organización, en tanto que en ellos reside el saber hacer o función principal de la entidad.

Cabe mencionar, con respecto a los restantes mecanismos de coordinación: adaptación mutua, normalización o estandarización del proceso de trabajo y normalización o estandarización de los resultados, que estos se desarrollan en mayor o menor medida en la organización profesional dependiendo de las partes de la organización o actores que participen. Así tenemos que el mecanismo de adaptación mutua puede ocurrir entre profesionales de la medicina en

situaciones particulares de estrecha colaboración, como puede ser una cirugía de alta especialidad, situación donde también aparece a un mismo tiempo la estandarización de procesos de trabajo en cuanto a la disponibilidad del equipamiento necesario y posición correcta del mismo en tareas especializadas como la que aquí estamos haciendo mención. Sin embargo esta coordinación implica a su vez la participación de profesionales o técnicos no necesariamente médicos: instrumentistas, técnicos radiólogos, enfermería pediátrica, por mencionar sólo algunas.

Una vez descritos los mecanismos de coordinación del trabajo en las organizaciones profesionales, se da cuenta enseguida de la naturaleza particular que presentan ciertos procesos organizacionales en los hospitales.

### 3.4 PROCESOS Y CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES DE LOS HOSPITALES

---

Los procesos básicos de gestión de la admisión, el diagnóstico, el tratamiento, la intervención y el egreso de los usuarios/pacientes pueden acompañarse de la última tecnología disponible o bien de procedimientos convencionales para su operación; sin embargo, el manejo y procesamiento del trabajo médico mismo, particularmente la atención directa a los pacientes no puede estar sometida a un sistema mecánico o tecnológico riguroso. Esto es debido a que el encuentro entre el solicitante y el proveedor de los servicios (léase médico-paciente), depende de una interacción cara a cara, partiendo en ocasiones desde una base informal. No obstante esta situación, que remitiría a una cierta informalidad de sus procesos, el hospital es considerado una organización altamente formalizada, cuasi-burocrática, orientada a la tarea, con políticas formales, reglas escritas y una autoridad controlando y regulando las relaciones entre sus miembros (Georgopoulos y Mann, 1962). Es decir, en su descripción formal puede entenderse como una entidad coordinada, con flujos de trabajo definidos y resultados consecuentes con los procesos realizados. Sin embargo, en una apreciación de los procesos organizacionales que ahí ocurren, es decir lo que está sucediendo en tiempo real al interior del hospital y de las interacciones entre los que ahí participan (usuarios, médicos, personal de apoyo, autoridades), se configura una visión de acciones que aunque no opuesta sí es diferente de la descrita formalmente. Es factible entonces apreciar un flujo de trabajo variable, no mecánico, y una serie de ajustes diarios entre sus actores y el público que asiste a recibir servicios. Este panorama así descrito se debe a que el principal objetivo de una entidad organizacional como el hospital, es la atención, cuidado

y tratamiento a pacientes individuales, situación particular donde existe un grado considerable de incertidumbre ante los resultados que puedan lograrse, con factores más complejos y de naturaleza distinta a los que pueden ocurrir en la manufactura de productos uniformes característicos de organizaciones industriales, y aún de aquellas basadas en atender la satisfacción de usuarios o clientes.

¿Quiere decir esto que la visión del hospital como una organización altamente formalizada y previsible está fuera de lugar? No parece ser así; sin embargo, como apuntan Georgopoulos y Mann (1962), los hospitales y sus actores se ocupan de asuntos críticos como el sufrimiento, el dolor, así como la vida y muerte del ser humano, situaciones todas ellas que ponen en juego factores que afectan en mayor o menor medida a todos los que ahí participan. En ese sentido la organización y sus integrantes mismos requieren de controles para mantener la disciplina y la ecuanimidad profesional de sus integrantes ante la considerable dosis de incertidumbre que permea las tareas que desarrolla la organización que cuida y atiende la salud de la población. Es así que tenemos diversas interpretaciones sobre una realidad organizativa particular: una formal que permite describir al hospital como una organización burocrática, altamente formalizada y otra que la describe como una entidad compleja con una considerable dosis de incertidumbre en su quehacer y en los resultados que obtiene. Enseguida se presentan las características organizacionales presentes en los hospitales para posteriormente presentar una propuesta conceptual que da cabida a estas diversas interpretaciones.

En comparación con las organizaciones industriales, los hospitales tienen una responsabilidad social con la comunidad, así como una mayor cercanía con las necesidades de sus usuarios individuales (Georgopoulos y Mann, 1962), esto es debido a que su tarea influye en el estado salud y bienestar de la población misma. La demanda de los servicios entendida como carga o flujo de trabajo no puede ser totalmente planeada con antelación, dada la incertidumbre inherente de su ocurrencia, ya sea por enfermedades individuales, brotes de infección colectiva, emergencias médicas que afecten a la población o desastres naturales. Asimismo, la atención y provisión de servicios de los hospitales no puede ser diferida o pospuesta en tanto la emergencia o petición de servicios no concluya, es decir constituye una entidad siempre abierta. De ahí que la naturaleza y volumen de trabajo sea diverso y variable, sujeto a una escasa estandarización en el sentido de contar con una certidumbre plena en cuanto al número de ingresos y egresos, o evolución de los padecimientos considerando el hecho de que cada paciente y el curso de su enfermedad o recuperación son únicos. El hospital es entonces un sistema cuya materia y productos de trabajo

son de naturaleza humana (Georgopoulos y Mann, 1962), no existiendo la posibilidad de que el proceso mismo del trabajo sea mecánicamente regulado como sí lo puede estar en los ámbitos industriales.

En organizaciones como los hospitales, los procesos de producción se desarrollan con un conocimiento y tecnología específica (conocimiento de la ciencia medicina), y en sus procesos de intervención participa el componente humano (profesional atendiendo al paciente), encuentro cuyo carácter está escasamente sujeto a estandarización. De este modo la naturaleza de los productos de un hospital presenta un carácter “abstracto” (Thompson y Bates 1957, en Perrow, 1965:915); que requiere del acuerdo y consenso de sus actores en sus procesos de gestión e intervención, más que el férreo control característico de las operaciones mecánicas y la imposición de una disciplina estricta. El que los mecanismos de control y supervisión se vean rebasados por la propia naturaleza del trabajo que se desarrolla no implica una ausencia de disciplina y control. Por el contrario, dada la naturaleza incierta de muchos de los procesos que en este espacio organizacional suceden, los controles y reglas precisas de actuación profesional persisten, contribuyendo a imponer una estructura de funcionamiento y flujos de trabajo ordenado, que en definitiva se requieren tanto para cuidar aspectos de procedimientos médicos, sea de cuidado higiénico o de condiciones mínimas de actuación médica: intervención clínica o quirúrgica que garanticen la ausencia de complicaciones como infecciones nosocomiales; o bien para estructurar el desorden que a nivel personal y colectivo puede implicar para sus actores enfrentar cotidianamente manifestaciones de enfermedad, sufrimiento y dolor, así como el fenómeno de la vida y la muerte.

De este modo se destaca en los hospitales la presencia de dos modelos de organización a su interior a un mismo tiempo, concurren así el modelo burocrático y el modelo profesional, el primero caracterizado por una división del trabajo con base en las competencias, la presencia de normas impersonales, y la aplicación de un criterio de racionalidad sistemática en la toma de decisiones; el segundo implica un conocimiento específico y habilidades de su personal médico ganadas en el entrenamiento y formación prolongada fuera de la entidad organizativa así como un uso y aplicación de su talento de acuerdo a la profesión a la que pertenece. No obstante al asumir los profesionales de la salud en cierta medida la autoridad burocrática o jerárquica (en tanto que una parte de la organización se mueve y hace tratos en el marco de esa lógica), se enfatiza y ejerce un comportamiento autónomo por parte de los médicos dentro de los límites de la profesión. En este tipo de organizaciones existe una fuerte correspondencia con la ética profesional y los principios deontológicos de la

profesión de base de los actores que ahí participan, de este modo se tiene que la jerarquía la establece la profesión misma y no la da necesariamente la organización, además estructuralmente la posición del cuerpo médico como personal profesional de los hospitales no se ubica a un nivel de *staff* o asesoría como en el común de las organizaciones, sino que su desempeño se da en la primera línea, es decir en el trabajo operativo<sup>44</sup>. A este panorama de autoridades múltiples: la existencia de una doble jerarquía, la médica y la administrativa, se añade la presencia de una subordinación múltiple para un mismo personal; es decir el personal de enfermería puede verse atrapado entre dos líneas de autoridad, por un lado dar cumplimiento a las indicaciones del personal médico en tanto es este la figura experta en la cura de los pacientes y por el otro, las tareas de cuidado y atención del paciente, inherentes a su función. Cabe añadir que entre las tareas mencionadas propias de la profesión de enfermería, este personal está sujeto también a las indicaciones de la administración en cuanto al manejo de los recursos, y la supervisión de otro tipo de personal de apoyo, incluyendo también a los estudiantes o practicantes de su propia área. (Arndt y Bigelow, 1995; Bigelow y Arndt, 1995; Mintzberg, 1997, 2002; Glouberman y Mintzberg, 2001a, 2001b).

Las áreas de influencia de cada una de las líneas de autoridad (médica y administrativa), cubren a toda la organización (Perrow, 1965). En realidad, el hospital no está organizado ni puede estarlo sobre la base una sola línea de autoridad, y aún cuando sea una entidad cuasi burocrática, con una estructura jerárquica, reglas y procedimientos impersonales como la mayoría de las organizaciones; difícilmente podría funcionar sin la coordinación interna, ajuste mutuo y profesionalismo de sus miembros: así tenemos una dualidad de líneas de mando, la administrativa y la médica y en consecuencia dos lógicas de operación distintas: la racional-administrativa y la médica. Si bien ambos grupos, administrativo y médico, coinciden en la prioridad de ofrecer servicios de salud a la población, cada uno de ellos atiende perspectivas diferentes, uno atendiendo los principios de eficacia y eficiencia de corte económico administrativo y el otro la visión médica de atender la enfermedad y promover la salud de los individuos (Tuckett, 1976; Fox, 1989, Salinas y Chavira, 2003). Se esperaría que el profesional médico actúe con base en sus dos intereses principales, a saber: la atención al paciente y el desarrollo de la ciencia médica (Kivimäki et al., 1997); por lo que de ser así prevalecería una independencia del criterio médico sobre

---

<sup>44</sup> El trabajo operativo cotidiano del médico ocurre en “la trinchera” apuntaría un entrevistado, en contacto con el paciente. De este modo si bien la posición del profesional de la salud goza ciertamente de privilegios con respecto a otras en la misma entidad, su materia de trabajo y posición organizacional del médico que atiende directamente a pacientes es la de desempeñarse en la primera línea, en contacto cara a cara con el paciente, con la enfermedad: “en la trinchera”.

las decisiones administrativas o directivas que se tomen y que afectan el bienestar del paciente.

Esta dualidad de líneas de mando que se refleja en la operación cotidiana del hospital se hace más notoria en el ejercicio del profesional médico, quien durante la ejecución de su labor, que puede implicar un conocimiento científico probado y conducirse en el marco de las regulaciones de índole administrativa que se le impone, desarrolla también un liderazgo natural que ejerce una importante influencia en los demás miembros del equipo de salud y en la propia organización. De este modo se tiene no sólo la ya consabida jerarquía burocrática y la propia de la formación médica como ya se apuntó (jefe de servicio, titular, adscrito, residente, o interno), sino también una que podría calificarse de carismática (Tuckett, 1976). Tal liderazgo y ascendencia sobre terceros está relacionada con la naturaleza de su labor: su relación la vida y la muerte, su posibilidad de salvar vidas, el poder que ejerce sobre los pacientes y el resto del equipo médico para atender sus indicaciones, estén o no en su ámbito de responsabilidad burocrática (Tuckett, 1976; Fox, 1989).

Esta doble jerarquía o línea de autoridad tiene consecuencias diversas, destacando la insatisfacción y malestar entre los miembros profesionales y no profesionales de la entidad al verse rebasados el alcance de las funciones o responsabilidades convenidos (Tuckett, 1976). Asimismo se destaca el hecho de que el personal médico goza de una identidad tal, que desde su ingreso a la organización como especialista, aún las autoridades médicas son para él colegas o pares; igualmente ejerce una autonomía profesional considerable en la toma de decisiones que realiza al definir, evaluar y controlar su trabajo con base en estándares técnicos y éticos de su disciplina de origen y atender solo indicaciones de sus pares profesionales (Fox, 1989).

No obstante que aquella visión del ejercicio de la medicina como un apostolado o llamado, denominación utilizada para dar cuenta del profesionalismo y vocación exhibida por los médicos que asumen un compromiso por la vida (Georgopoulos y Mann, 1962), puede estar viéndose rebasada en el marco de una toma de decisiones médicas basadas en el principio de la eficiencia y la aplicación de esquemas de actuación probados científicamente, como el enfoque de actuación médica basado en evidencias o el empleo de esquemas de mejora de aseguramiento y mejora de la calidad, también es cierto que sigue prevaleciendo en las organizaciones de salud una ausencia de control directo por parte de los directivos, particularmente los administrativos, sobre el trabajo de los profesionales médicos y sobre la evolución de los pacientes, que son dos de sus componentes esenciales. De este modo en el ámbito de las organizaciones de la

salud, la dirección administrativa tiene menor autoridad, poder y discrecionalidad que su contraparte en el ámbito industrial (Georgopoulos y Mann, 1962).

En esta descripción de los mecanismos de coordinación particulares puestos en marcha en los hospitales debe reconocerse también la existencia de movimientos que buscan promover nuevos modelos de atención y proceder para este tipo de organizaciones (Fox, 1989), se habla así en México de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes que compila en un solo documento las prerrogativas que tienen los usuarios de los servicios de salud conforme a los ordenamientos legales en la materia (Secretaría de Salud, 2001; Tena et al., 2002). Por otra parte se promueve también el aval ciudadano, el cual es el mecanismo a través del cual la ciudadanía respalda la transparencia de los resultados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios en materia de trato digno, y garantiza que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad (Secretaría de Salud, 2006b). En síntesis se busca un modelo más eficiente de funcionamiento que contenga los altos costos que implica su operación promoviendo una menor estancia de los pacientes, incurriendo así en una menor exposición a riesgos de complicaciones y por tanto reduciendo los costos de operación (Shortell y Kaluzny, 1983).

Para finalizar este apartado en el cuadro 3.1 se enumeran las características organizacionales que distinguen a los hospitales. Conviene destacar que algunas de ellas como la interdependencia de grupos profesionales y el alto grado de especialización no son privativas de estas organizaciones; las universidades y centros de investigación presentan varias características coincidentes con las que aquí se enumeran (Tristá, 2004). El elemento que realmente las distingue es la confluencia en un mismo, espacio, tiempo y lugar de atributos profesionales y tecnológicos, así como el tipo de tareas que en su conjunto hacen de la gestión y operación cotidiana de las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, específicamente de los hospitales, un desafío al conocimiento de las organizaciones (Shortell y Kaluzny, 1983).

CUADRO 3.1 CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES DE UN HOSPITAL

Atributo organizacional	Hospital público de segundo y tercer nivel de atención
Medioambiente externo	Complejo y dinámico, sujeto a diversas regulaciones externas
Objetivo	Primordialmente tratamiento
Tecnología	Altamente sofisticada
Tiempo de estancia de pacientes	De horas a semanas
Estructura organizacional	Compleja, jerárquica
Grado de especialización de sus integrantes	Alta especialización
Interdependencia funcional entre sus miembros para el logro de los objetivos	Alta
Grado de concentración en la toma de decisiones	Bajo nivel, la toma de decisiones es difusa: varios son los grupos y actores profesionales que participan
Mecanismos de coordinación empleados	Diversos, predominantemente mecanismos profesionales, normativos y de ajuste mutuo
Naturaleza de la relación entre la dirección y el profesional médico	Impersonal, conforme a la estructura y perfil organizacional

Fuente: Shortell y Kaluznv (1983)

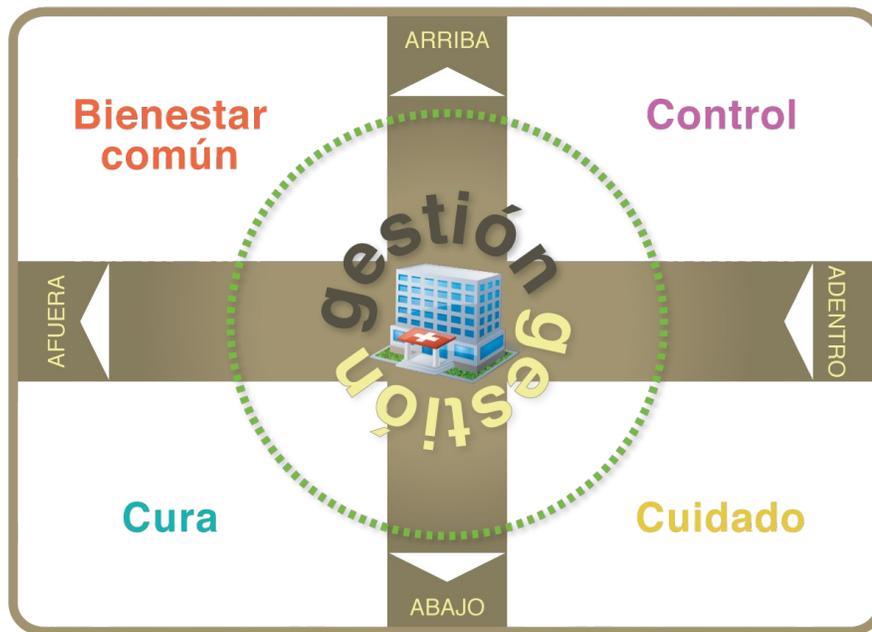
### 3.5 EL HOSPITAL: CONFLUENCIA DE ESQUEMAS DE ACCIÓN Y ORGANIZACIÓN DIVERSOS

Retomando una serie de trabajos encabezados por Henry Mintzberg, presentamos un esquema conceptual que da cuenta de rasgos fundamentales de la gestión del hospital como organización, distinguiendo a su vez cuatro principios organizativos particulares que coinciden en su operación cotidiana. Tal esquema incorpora las características descritas en la sección anterior y también añade nuevas, particularmente las referentes a la coordinación de los grupos de interés que ahí participan. Los principios organizativos descritos corresponden a

la tarea sustantiva de cada uno de los actores principales; de este modo la prestación organizada de los servicios de salud, representado por el hospital, se conforma a partir de cuatro mundos o esquemas diferentes (Mintzberg, 1997, 2002; Glouberman y Mintzberg, 2001a, 2001b).

Mintzberg (1997) ubica la gestión del hospital en un plano y divide este en cuadrantes, definiendo para cada uno de ellos un modo de gestión específico con base en la posición desde la que ésta se realiza. La interpretación del esquema ha sido adaptada de la propuesta original considerando el tipo de organización que aquí estudiamos: prestación de servicios de salud por parte de una entidad pública del sector salud (figura 3.1).

FIGURA 3.1 MODOS DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL



Adaptado de: Mintzberg, 1997; Glouberman y Mintzberg, 2001a

La gestión hacia abajo comprende la prestación de servicios, en el caso del hospital hace referencia al contacto con los usuarios directos: consulta médica e intervenciones clínicas a los pacientes. Una segunda orientación de la gestión puede ser hacia arriba, vinculándose con las autoridades del sector quienes reglamentan su actuación y con los proveedores de recursos financieros para su funcionamiento. Otro tipo de gestión es practicada hacia adentro o interior de la entidad, la cual corresponde con las relaciones que se establecen hacia el personal y asuntos sobre los que se tiene control y autoridad en tanto

corresponden al quehacer y funcionamiento del hospital mismo; por último, se desarrolla también una gestión hacia el exterior, la cual implica una actuación o desempeño fuera del ámbito de control de la jerarquía administrativa interna, pero dentro del radio de acción o ámbito de la tarea fundamental de la organización, así tenemos vínculos con organizaciones pares, y entidades diversas como instancias gubernamentales, universidades y proveedores de materiales e insumos (Mintzberg, 1997; Glouberman y Mintzberg, 2001a y 2001b).

Cada uno de estos modos de gestión opera en conjunto con los demás, aunque no siempre de manera coordinada, haciendo confluír a los diversos actores y principales grupos de interés en las instituciones dedicadas al cuidado de la salud. Con el propósito de ofrecer un instrumento analítico que permita ubicar estos modos de gestión con los principales actores de los hospitales, Mintzberg identifica a su vez cuatro mundos o esquemas de actuación al interior de estas organizaciones: cura, cuidado, control y el de bienestar común o comunidad, presentando cada uno de ellos un principio organizativo particular (ver figura 3.1). Describimos enseguida cada uno de estos esquemas de actuación encabezados por grupos de interés bien identificados: grupo médico, enfermería, autoridad administrativa y sociedad en general, cuyas acciones están estrechamente relacionadas con un principio organizativo particular caracterizado a su vez por una palabra clave que define su proceder en la organización (ver cuadro 3.2).

CUADRO 3.2 PRINCIPIOS ORGANIZATIVOS DE LOS ESQUEMAS DE ACTUACIÓN EN UN HOSPITAL

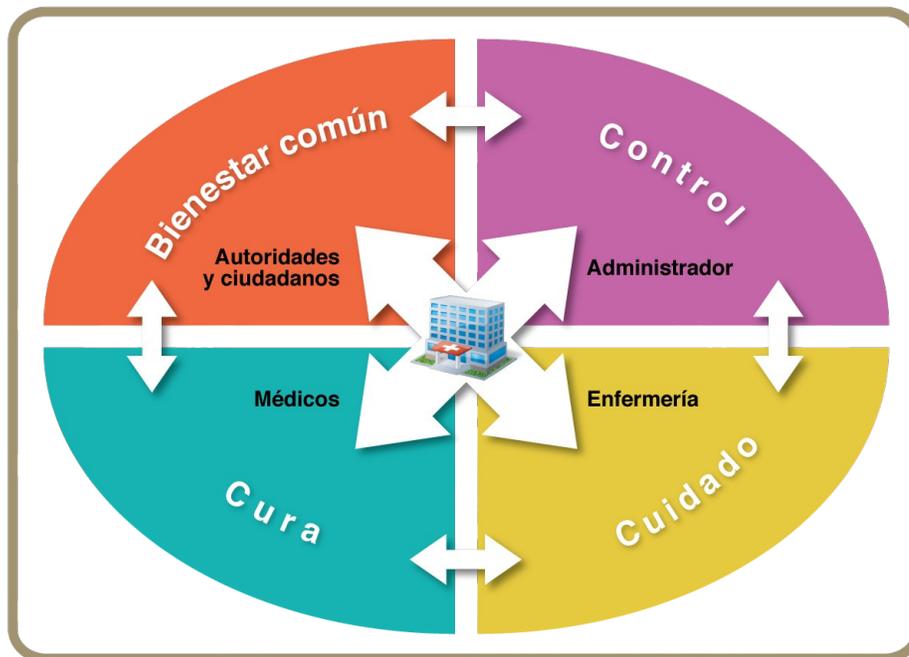
Mundo	Principio organizativo	Palabra Clave
<b>Cura</b>	Trabajo especializado	Intervención
<b>Cuidado</b>	Flujo de trabajo	Coordinación
<b>Control</b>	Jerarquía administrativa	Condicionamiento
<b>Bienestar Común</b>	Comités interinstitucionales, sociedad civil organizada	Vigilancia

Elaboración del autor con base en: Mintzberg, 1997; Glouberman y Mintzberg, 2001a

El mundo correspondiente a la cura, está conformado por el grupo médico, con una línea jerárquica propia y está relacionado directamente con las operaciones clínicas que se desarrollan en el hospital: prestación de servicios médicos a los

pacientes, pero fuera del ámbito de control de la jerarquía administrativa en cuanto a que el conocimiento experto empleado para fundamentar las decisiones que se toman le competen solo al profesional de la medicina. Le corresponde así una gestión hacia abajo y hacia el exterior, y su actuación está organizada con respecto al conocimiento y aplicación de la ciencia médica, cristalizada en su intervención sea clínica o quirúrgica. Glouberman y Mintzberg (2001a), destacan la actuación de este grupo como intermitente en la medida que la presencia del médico con los pacientes no es siempre continua, atiende sólo en rondas de visita o proporciona atención en momentos de crisis (figura 3.2).

FIGURA 3.2 ESQUEMAS DE ACTUACIÓN EN UN HOSPITAL



Adaptado de: Mintzberg, 1997; Glouberman y Mintzberg, 2001a

La definición del mundo del cuidado, está conformado por el grupo de enfermería que al igual que el grupo médico cuenta con su propia jerarquía pero admite también la participación de otros profesionales de la salud. Está relacionado directamente, al igual que el mundo de los médicos, con la atención hacia los pacientes, pero sobre todo le corresponde su cuidado y monitoreo constante. Además desempeña la tarea de coordinar y organizar permanentemente el flujo de trabajo de los otros actores que intervienen en el cuidado y atención de los usuarios. La gestión que realiza es hacia abajo y hacia adentro, implicando con ello un contacto directo con los pacientes así como la organización y

coordinación de sus propias tareas y las de otros profesionistas al interior del hospital, incluidos los administradores de la entidad.

El mundo del control está integrado por el grupo directivo del hospital, ocupado de la conducción y administración del mismo, su gestión se realiza hacia arriba en tanto los vínculos son con las autoridades del sector e instancias diversas con objeto de atender la normatividad en la materia y allegarse de recursos operar la entidad organizativa; destaca sobre todo que estos mandos no participan directamente en el trato y operaciones con los usuarios de los servicios. No obstante lo anterior, el grupo directivo si mantiene vinculación y un trato administrativo con el personal que conforma la organización en tanto cabeza de la misma, de ahí que se caracterice también por ejercer una gestión hacia adentro, en tanto es quien distribuye, condiciona y optimizar los recursos de la organización.

Finalmente el mundo correspondiente a la comunidad, está integrado por las autoridades del sector, su tarea comprende verificar el cumplimiento de la normatividad y regulaciones en la materia de los servicios de salud, se le adjudica un tipo de gestión hacia arriba y hacia el exterior en la medida que no participa en la administración operativa de la entidad y está fuera del ámbito de control de su línea de mando. Dentro de este mundo incorporamos también a grupos organizados de la sociedad civil, así como a otras instancias gubernamentales que están atentos al desempeño de la entidad. La elaboración de este esquema (figura 3.2), aunque simplifica las tareas que ocurren en el día a día en los procesos organizacionales de los hospitales al ubicar únicamente cuatro mundos, sus actores y funciones sustantivas principales, constituye también un marco descriptivo inicial para ahondar en el tema y comprender el entramado de interrelaciones existentes en las entidades encargadas del cuidado de la salud.

### 3.6 FENÓMENOS ORGANIZACIONALES EN LAS ENTIDADES DEDICADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

---

Presentamos a continuación tres fenómenos que ocurren al interior de estas organizaciones y que se consideran importantes para la comprensión y gestión misma de estas entidades, particularmente en lo que respecta a la gestión de la calidad. No obstante ser incorporados en este documento a partir de su identificación en un par de artículos académicos de Henry Mintzberg con actores de entidades dedicadas al cuidado de la salud (Mintzberg, 1997; 2002); su

inclusión deriva del hecho de haber sido constatados por el autor durante el proceso de realización de la presente investigación, la lectura de autores que abordan el estudio de los hospitales como fenómeno organizado, y la experiencia personal del autor como usuario de estos servicios. Los aspectos organizacionales atañen a problemas de 1) fragmentación entre los diversos grupos de actores que participan en los hospitales, 2) el grado de compromiso de algunos de sus miembros con la tarea, y 3) las solicitudes de apoyo y las demandas de resolución de problemas que se concentran en la dirección-administración de un hospital (mundo del control), que a su vez complejizan la gestión misma que este grupo de actores realiza.

Con respecto al primer aspecto referido: la fragmentación, se apunta la dificultad de lograr acuerdos entre los diferentes grupos de actores que integran el hospital, situación que requiere atención en la medida que mucha de las tareas que se desarrollan funcionan a partir de comités de trabajo intergrupales o interdepartamentales diversos, recordemos que es la toma de decisiones colegiadas lo que caracteriza a este tipo de organización, particularmente cuando se abordan problemáticas o temas que atañen a muchos de los actores y grupos que en ella participan. Sin embargo en ciertos servicios en donde el factor tiempo es literalmente vital y en ocasiones la responsabilidad compete a un solo individuo o equipos de trabajo muy reducidos, como lo puede ser el servicio de urgencias de un hospital; en estas situaciones extremas están en juego muchos intereses que no solamente tienen relación con la vida humana como la atención a heridos graves o complicaciones por enfermedades agudas. Existen también intereses judiciales en tanto que un diagnóstico o intervención puede ser factor para adjudicar responsabilidades en caso de accidentes u otro tipo de delitos que atenten contra la vida; o bien la conveniencia o no de un gasto discrecional de recursos, ante la incertidumbre de lograr o no la recuperación de la persona intervenida.

En cuanto al compromiso de trabajo mostrado por sus miembros, debe considerarse que es una práctica común el hecho de que el personal médico que labora en las instituciones de salud públicas ejerza también la medicina privada. Lo cual si bien constituye su derecho y resulta obvio en tanto se trata de una profesión liberal, constituye también un factor a considerar en tanto que la carga de trabajo aumenta, además hay que considerar que la labor del médico en ambientes institucionalizados no se limita sólo a la atención de pacientes, como se inferiría del esquema presentado. Por el contrario, los médicos de una entidad hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención también ejercen actividades de investigación, de gestión administrativa cuando se encabezan jefaturas, así como labores de enseñanza hacia médicos en formación. De este modo se

tienen múltiples compromisos que pueden ser factores clave en una mala praxis o en un incumplimiento en sus responsabilidades profesionales, algunas con consecuencias graves e incluso funestas y otras no tanto como por ejemplo la inasistencia a comités de trabajo en tanto no inciden directamente en materia clínica o la prestación de servicios con pacientes y por tanto parecieran no tener importancia desde la perspectiva del mismo médico<sup>45</sup>.

El tercer punto corresponde al componente directivo/administrativo de los hospitales, grupo de interés hacia el cual se dirigen una serie de demandas y solicitudes de apoyo por parte de todos los actores de la organización, exigiendo cada uno de ellos un trato especial dada la naturaleza particular de la petición. En este sentido podemos apuntar que todas las demandas son válidas desde la perspectiva de los actores y evidentemente hay algunas impostergables para el funcionamiento del hospital mismo. Enunciamos algunas de ellas destacando también el grupo que la presenta: a) la demanda de los pacientes por recibir mejores servicios, y la resolución de quejas ante la negligencia o maltrato de los médicos tratantes hacia los usuarios; b) la exigencia de reparación del equipo auxiliar de diagnóstico por parte de los profesionales médicos para otorgar un buen servicio y confeccionar una evaluación completa o bien la falta de insumos y equipo para realizar determinados procedimientos; c) la que presenta el grupo de técnicos especializados (por ejemplo radiología), ante la falta de materia prima o descomposturas de los aparatos (tomógrafo, rayos X), que les impiden realizar su labor, postergando el servicio en el mejor de los casos; así como d) el malestar del grupo de enfermería en cuanto a la reducción de los insumos para la atención y cuidado de los pacientes. Bastan estos ejemplos para apreciar la complejidad de esta organización, y las diferentes perspectivas que existen a su interior por parte de los grupos de interés que la integran.

Los aspectos descritos constituyen características que deben tenerse en cuenta al estudiar y analizar las organizaciones de salud y su gestión o conducción misma. Es conveniente entonces considerar a las organizaciones de servicio a la salud como entidades profesionales, es decir en términos de que su actividad principal es desarrollada por personal con perfiles de formación particular y cuya aporte e influencia es irremplazable, pues son ellos quienes con sus conocimientos especializados y acciones particulares le dan origen y la sustentan; sin embargo, habría que establecer las bases para promover a su vez un trabajo en conjunto con todos los que ahí participan, hallando mecanismos que permitan su integración sin ver afectada su actuación por otros miembros.

---

<sup>45</sup> Situaciones constatadas por el autor en su calidad de familiar de pacientes internados en hospitales de segundo y tercer nivel o bien como producto de las entrevistas que se realizaron a médicos como parte de este estudio.

De tal forma que los principales actores: administradores, profesionales y personal en general puedan desarrollar y organizar sus tareas y actividades coordinadamente y brindar a su vez una mejor atención a los pacientes. Asimismo los elementos expuestos deben ser tomados en cuenta al estudiar los procesos organizacionales de los hospitales, máxime si el abordaje que se hará implica una aproximación de naturaleza cualitativa, es decir atendiendo la percepción y subjetividad de los actores involucrados, como lo es el caso que aquí se realizó: la percepción de los proveedores de los servicios de salud, específicamente del personal médico.

## 4. LA CALIDAD DESDE LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN.

---

### 4.1 INTRODUCCIÓN

---

El análisis de las organizaciones ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas, encontrando en la administración, ingeniería, economía y sociología a sus más notables estudiosos y promotores; sin embargo, sus enfoques y tratamientos para su estudio difieren y otorgan a su vez perspectivas tanto de análisis como epistemológicas heterogéneas (Ibarra-Colado, 2004), situación que aún cuando torna complejo su estudio también lo enriquece.

Este trabajo analiza tanto la percepción que personal médico tiene de un programa institucional de mejora de calidad de los servicios, como la propuesta misma de calidad que lo fundamenta, dicho análisis se realiza desde la perspectiva que ofrecen los denominados Estudios Críticos de Gestión<sup>46</sup>.

Esta aproximación o enfoque de análisis y conceptualización de gestión<sup>47</sup>, permite apreciar, discutir y re-considerar el conocimiento y las prácticas actuales que se desarrollan y difunden a-críticamente en las organizaciones como son la aplicación de estrategias de mejora de calidad, la administración de calidad total, la reingeniería de procesos, la administración estratégica o la modificación de la

---

<sup>46</sup> Este enfoque de pensamiento se denomina en inglés como “*Critical Management Studies*”, término que puede ser traducido al español como “Estudios Críticos de Administración”, “Estudios Críticos de Gerencia”, o bien “Estudios Críticos de Gestión”. Optamos por utilizar esta última denominación en tanto el término gestión remite a una serie de tareas y acciones que incorporan no sólo actividades ejecutables o técnicas administrativas, sino que implica también tareas de conducción, planeación y toma de decisiones respecto a la organización misma (Cassasus, 1997). Asimismo esta denominación es ya utilizada en idioma español en la literatura especializada que da cuenta de esta perspectiva de pensamiento (Ávila, 2004; Ramírez, 2004).

<sup>47</sup> Para algunos autores esta línea de estudios no puede concebirse como una escuela de pensamiento homogénea (Adler, Forbes y Willmott, 2007; Fournier y Grey, 2000; Ramírez, 2004); sin embargo sí constituye un movimiento articulado de investigación que se conduce bajo premisas más o menos compartidas como lo es por ejemplo: des-naturalizar a la gestión o ciencia convencional de la organización como el mejor arreglo técnico-estructural para la consecución de las actividades y propósitos de una organización (Fournier y Grey, 2000). En ese sentido este enfoque ilustra y da pautas para establecer nuevas conceptualizaciones y prácticas que han conformado una línea de pensamiento que aunque no uniforme, si es profusa en análisis e interpretaciones respecto de la estructuración, conducción y desempeño de las organizaciones (Ibarra-Colado, 2004). Este aspecto será tratado posteriormente, y en el que adelantamos que los Estudios Críticos de Gestión pueden ser considerados como un enfoque o aproximación al estudio del fenómeno organizado con un planteamiento metodológico particular (Johnson, 1999), incidiendo ya en esferas prácticas como su aplicación en ámbitos de servicios de salud (Learmonth y Harding, 2004), y en la formación de estudiantes de gestión en las facultades universitarias (Prichard, 2009; Sinclair, 2007).

cultura organizacional. Estas prácticas, son consideradas efectivas y válidas en el marco de una concepción que ubica el fenómeno organizado como objetivo y sujeto a regularidades susceptibles de preverse y moldearse a voluntad (paradigma convencional de gestión). La óptica del análisis crítico que aquí se asume, permite develar argumentos no siempre evidentes tanto en el discurso como en la aplicación de estas prácticas, propias de una ciencia normal del fenómeno organizado (Marsden y Townley, 1996), dentro de la cual ubicamos la gestión total de calidad<sup>48</sup>. El conocimiento de esta ciencia normal o ciencia de la organización convencional (Grimes, 1992), prevalece en tópicos de investigación, tareas académicas y de formación, así como en la práctica misma de la gestión en las organizaciones modernas.

Los Estudios Críticos de Gestión, comprenden una serie de autores y enfoques de análisis caracterizados por su interés en desarrollar interpretaciones críticas de la gestión y la sociedad, estableciendo así una agenda de emancipación social de las personas en ese ámbito, así como también una re-definición radical de los supuestos epistemológicos y ontológicos que subyacen al fenómeno organizado de corte convencional (Marsden y Townley, 1996; Ramírez, 2004).

El adoptar específicamente una mirada crítica para desarrollar la presente investigación respecto de un programa de calidad, obliga re-conocer también el enfoque objeto de crítica, es decir el conocimiento o ciencia administrativa extensamente difundido bajo la acepción inglesa “*management*”<sup>49</sup> o gestión. Se ilustran enseguida, de manera concurrente, ambas perspectivas, no sin antes dar cuenta de los enfoques de estudio del fenómeno organizado.

---

<sup>48</sup> El adjetivo normal hace énfasis en las prácticas que una tradición intelectual requiere para definirse como disciplina científica, se refiere específicamente a lo que debe observarse y escrutarse, al tipo de preguntas que se supone hay que formular para dar respuesta al objetivo que se pretende, al cómo estas interrogantes deben estructurarse, y al cómo deben interpretarse los resultados de la investigación (Kuhn, 1970).

<sup>49</sup> Por *management* o gestión managerial entenderemos la práctica gerencial o administrativa de aplicación universal (difundida extensivamente en las escuelas y centros de de negocios), y que supone la aplicación del conocimiento científico para la conceptualización y resolución de problemas de la organización: sean estos de toma de decisiones, diseño organizacional, mejora de productividad o liderazgo. Dicho conocimiento supone una solución racional o respuesta técnica para la atención de los problemas administrativos (Cfr. Alvesson y Willmott, 1996; Marsden y Townley, 1996). Optamos por el anglicismo *management* en tanto remite de lleno al ámbito empresarial y de negocios, contexto en el que regularmente dichas prácticas son realizadas cotidianamente, igualmente su empleo se ha extendido hacia la esfera pública al incorporar prácticas del ámbito privado al público: evaluación con base en resultados, la reducción de costos mediante propuestas como administración de la calidad total, o el denominado *empowerment* (prácticas utilizadas en la denominada Nueva Gerencia Pública: *New Public Management*). El término *management* concuerda también con uno difundido extensamente aún en nuestro medio en el terreno formativo, se opta por denominar MBA (em-bi-ei: *master in business administration*) a los programas de posgrado en administración, en lugar de utilizar su traducción al idioma español: maestría en administración de negocios.

## 4.2 PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO DE LAS ORGANIZACIONES

---

Antes de dar cuenta de los enfoques que son considerados antecedentes teóricos directos de los que ahora son conocidos como Estudios Críticos de Gestión, cabe recordar la naturaleza fragmentaria de los saberes del fenómeno organizado: el estudio de la estructura y racionalidad organizativa no se ha desarrollado sin tropiezos; es decir la construcción de una ciencia positiva de lo organizado se ha ido postergando en tanto la realidad social y sus actores, aspectos ambos considerados clave en la organización, reiteradamente rebasan las prescripciones y encuadres de la que son objeto por parte del saber organizacional convencional (Burrell y Morgan 1979; Marsden y Townley 1996; Ávila, 2004; Ibarra-Colado, 2004).

Este re-conocimiento del desajuste entre el deber ser organizativo y la realidad de los procesos sociales y de los actores mismos que imponen su presencia, se manifiesta en reiterados llamados de atención sobre la pretensión de ofrecer una sola mirada, o al menos una que impere claramente sobre otras respecto a la explicación y control del fenómeno organizado: la aproximación funcionalista (Donaldson, 1995, 1996; Pfeffer, 1993). Se habla así de la presencia de una esquizofrenia intelectual; que ha caracterizado a los estudios organizacionales:

...se pregona la cooperación, pero siempre al lado de la operación de estructuras coercitivas para garantizarla; se defiende la racionalidad, pero se aprecian sus disfunciones y efectos inesperados; se aboga por una toma de decisiones racional, pero se acepta el lugar de la subjetividad y los límites cognoscitivos del ser humano; se defiende la legitimidad de la autoridad y la jerarquía, pero se reconocen el conflicto, el poder y la dominación (Ibarra-Colado, 2004:8).

En este sentido, se deja en claro aquí, que en la literatura sobre el fenómeno organizado es común la presencia de autores y líneas de pensamiento no siempre coincidentes entre sí, aún cuando se hable de un mismo objeto de estudio: la organización. Así tenemos diversas lecturas e interpretaciones de lo organizado que divergen en sus marcos explicativos, en ese sentido es inevitable la referencia a estudios de organización en plural y a sus respectivos autores que nos ilustran respecto a la diversidad mencionada<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> La diversidad de los estudios sobre la organización es amplia, recorre tanto movimientos o enfoques teóricos que dan cuenta del fenómeno organizado: burocracia, relaciones humanas, nuevas relaciones humanas, revolución de los *managers*, movimiento contingente; como también autores: Max Weber, Elton Mayo, Douglas McGregor, Chester Barnard, David Silverman por

De entre el cúmulo de trabajos que abordan el estudio de lo organizado durante el siglo XX, es factible identificar obras que ponen de manifiesto la riqueza del fenómeno organizacional y anticipan los límites del conocimiento convencional que sobre la organización prevalece hoy en día: ciencia normal de la organización o *management*. Esta ciencia convencional privilegia la racionalidad técnica, un diseño estructural *ad hoc* y la búsqueda frenética de resultados, bajo los imperativos de eficiencia y eficacia con costos hacia las personas, al medioambiente y también a la organización misma (Ibarra-Colado, 2004; Marsden y Townley, 1996). Los trabajos en los que se percibe esta situación son: Organización y Burocracia de Nicos Mouzelis (1967); Teoría de las Organizaciones de David Silverman (1970); y Trabajo y Capital Monopolista de Harry Braverman (1974).

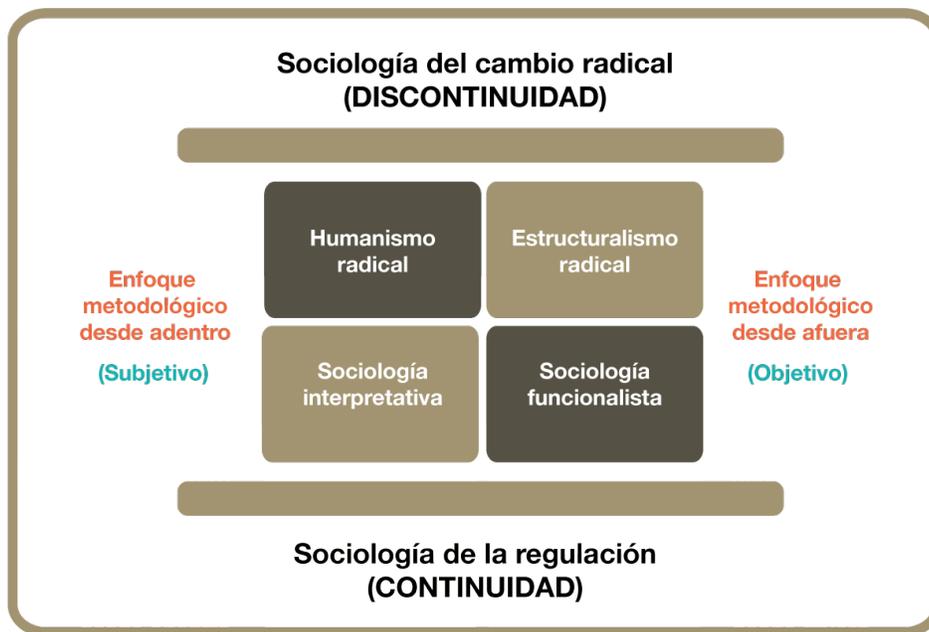
Cada uno de estos autores profundiza, desde su perspectiva, sobre aquellas dimensiones no consideradas o dejadas de lado intencionalmente por una “ciencia normal de la organización”, así tenemos: las consecuencias sociales de las formas de organización propias de la modernidad (Mouzelis); la dimensión de la construcción del significado entre los actores y su importancia en las acciones organizacionales desarrolladas (Silverman); y el estudio del proceso del trabajo desde una perspectiva marxista destacando el control tanto sobre el trabajo como sobre las decisiones de los individuos mismos (Braverman).

Estas obras en su conjunto constituyen antecedentes de un pensamiento alterno y paralelo a los estudios que conforman la principal corriente de pensamiento organizacional ya mencionada: ciencia normal de lo organizado o paradigma del consenso como también se le ha denominado (Alvesson, 1987). Un ordenamiento conceptual de las diversas propuestas y perspectivas de estudio fue realizado por Gibson Burrell y Gareth Morgan, quienes agruparon los diversos enfoques del análisis sociológico en un esquema articulado a partir de dos ejes: horizontal y vertical, el primero aborda la naturaleza de las ciencias sociales [subjetiva/objetiva], y el segundo considera las creencias acerca de la naturaleza de la sociedad [cambio radical/ regulación] (Burrell y Morgan, 1979) [ver figura 4.1].

---

mencionar sólo algunos. Asimismo han surgido nuevos debates y temas que se abordan: cultura, emociones, poder, discurso. Se sugiere al lector consultar las obras que ofrecen variados recorridos, cronologías y reflexiones al respecto en: Clegg, Hardy y Nord, (1996); Clegg et al. (2006); Hatch, (1997); Ibarra-Colado (1999, 2004).

FIGURA 4.1 PARADIGMAS SOCIOLOGICOS



Adaptado de: Burrell y Morgan (1979)

El primer eje (horizontal), refiere a la naturaleza de las ciencias sociales, considera en un extremo (derecho), la existencia de una realidad social objetiva y susceptible de ser aprehendida mediante el método científico, característico de la ciencia positiva (filosofía objetiva de la ciencia); en tanto que en el extremo opuesto se ubican los fenómenos sociales como subjetivos, de naturaleza socialmente construida y en constante renovación, debido a la continua re-interpretación que los mismos actores y estudiosos de lo organizado, otorgan al significado de los fenómenos sociales<sup>51</sup>.

El segundo eje del esquema (vertical); establece las creencias acerca de la naturaleza de la sociedad y coloca en el extremo inferior las teorías de la regulación en contraste con las denominadas teorías del cambio radical ubicadas en el extremo opuesto (superior). Así tenemos que las primeras establecen que las sociedades modernas y sus organizaciones se comportan y pueden explicarse bajo un esquema de unidad y cohesión social (orden social y

<sup>51</sup> En este primer eje Burrell y Morgan (1979), ubican en ambos extremos un conjunto de supuestos acerca de las ciencias sociales en términos de la ontología (nominalismos-realismo), la epistemología (interpretación-positivismo), la naturaleza humana (voluntarismo-realismo) y el enfoque metodológico (cualitativo-cuantitativo), que les puede caracterizar en función de qué tipo de propuesta conceptual adopte el analista del fenómeno organizado.

equilibrio), en tanto que las segundas suponen que las relaciones sociales tanto en la sociedad como en las organizaciones, son caracterizadas por contradicciones estructurales y los acuerdos que llegan a establecerse son más una forma de dominación que un acuerdo social entre los actores (conflictos y coacción).

El planteamiento desarrollado por Burrell y Morgan (1979), permite ubicar, en un sentido heurístico los diferentes marcos conceptuales sobre el fenómeno organizado, estableciendo así cuatro posiciones paradigmáticas: sociología funcionalista, sociología interpretativa, estructuralismo radical y humanismo radical.

El panorama de los estudios de organización, como puede apreciarse en la figura 4.1 es entonces diverso y asume distintas posiciones con base en la pretensión de ciencia que se asume y en la naturaleza de la sociedad y organizaciones que estudia. En el esquema presentado se muestra el panorama de las diferentes aproximaciones de estudios de organización que conforman el conocimiento sobre la materia.

En ese sentido es factible apreciar como la denominada sociología funcionalista (cuadrante inferior derecho), es representada por las escuelas convencionales de la gestión y del pensamiento administrativo, coincidiendo ambas tanto en la búsqueda y aprehensión objetiva de la realidad organizativa, como en el establecimiento de un orden social mediante esquemas de trabajo desarrollados *ex profeso*, que son aplicados en la sociedad de manera más o menos organizada.

Un conocimiento alterno corresponde al humanismo radical (cuadrante superior izquierdo), el cual supone una ciencia social fundada en la percepción de realidad que otorgan los mismos actores, así como una sociedad y organizaciones a su interior, en donde prevalece cierto orden social, que es más producto de luchas y conflictos, que de un consentimiento generalizado.

Los paradigmas restantes establecen por el lado de la ciencia social subjetiva, una sociología interpretativa, basada en una aproximación que si bien se apoya en los puntos de vista y significados de los actores, ocurre en un orden social consensuado (cuadrante inferior izquierdo); en tanto que la propuesta de ciencia social denominada estructuralismo radical (cuadrante superior derecho), asume un marco social o sociedad en conflicto pero sujeta a lineamientos y normas de actuación funcionales a una ciencia social objetiva.

La puesta en escena de estas perspectivas facilita la comprensión de la posición epistemológica tanto de los Estudios Críticos de Gestión (ECG/CMS), sus antecedentes teóricos directos y elaboraciones posteriores, así como de la propuesta convencional de la gestión o ciencia normal de lo organizado, que enseguida se presenta.

---

#### 4.2.1 CONFIGURACIÓN DEL ENFOQUE ADMINISTRATIVO (*MANAGEMENT*)

---

Como se estableció al principio de este capítulo, la sustancia o materia prima con la que trabajan los Estudios Críticos de Gestión (ECG/CMS<sup>52</sup>) es tanto el conocimiento como la práctica de lo que aquí hemos denominado gestión o conocimiento convencional administrativo de las organizaciones, por tanto describimos enseguida de manera puntual los argumentos principales de este conocimiento para dar paso propiamente a los ECG/CMS y sus características.

El conocimiento administrativo o gestión convencional se funda con los diversos aportes que brindan dos líneas de pensamiento sobre las organizaciones: las influencias clásicas y modernas (Hatch, 1997), cada una de ellas remite a una serie de autores y estructuras de ideas que vendrán a configurar los aspectos fundamentales del conocimiento administrativo. Entre ellos destacan las obras y desarrollos de Max Weber (Teoría de la Burocracia); Frederick Winslow Taylor (Administración Científica del Trabajo); Henry Fayol (Teoría Administrativa); Elton Mayo (Escuela de las Relaciones Humanas); Douglas McGregor (movimiento de las Nuevas Relaciones Humanas); así como una serie de trabajos que a partir de los años ochenta del siglo pasado han influido en el pensamiento y la práctica de la administración, mismos que han sido englobados bajo el rubro de Teoría de los Gurúes del *Management* (Huczynski, 1996).

---

<sup>52</sup> En adelante, se utilizará el acrónimo ECG/CMS para designar los Estudios Críticos de Gestión, sin abandonar del todo la acepción inglesa *Critical Management Studies*, en tanto el acrónimo CMS designa por sí solo a la literatura y la línea de estudios que se genera; y aún en la literatura en español se utiliza su designación completa en inglés en algunas publicaciones (Cfr. Ramírez, 2004; Fernández, 2007).

CUADRO 4.1 ESCUELAS DE PENSAMIENTO DEL CONOCIMIENTO ADMINISTRATIVO CONVENCIONAL (*MANAGEMENT*).

Cuerpo de conocimientos	Autores representativos
Teoría de la Burocracia	Max Weber
Administración Científica del Trabajo	Frederick Winslow Taylor
Teoría Administrativa	Henri Fayol
Teoría de las Relaciones Humanas	Elton Mayo
Teoría de las Nuevas Relaciones Humanas	Abraham Maslow
Teoría de los gurúes del <i>management</i>	Tom Peters, Peter Drucker

Elaboración del autor con base en Huczynski (1996)

El cuadro 4.1 presenta estas líneas de pensamiento y sus principales representantes, que en su conjunto configuran la noción de la gestión convencional o conocimiento administrativo moderno<sup>53</sup>. En lo referente a definición de su objeto de estudio Andrzej Huczynski (1996), establece que la teoría administrativa tiene un significado amplio y remite por igual a los hallazgos de investigación, marcos conceptuales, propuestas, creencias, y puntos de vista que buscan explicar cómo los *managers* deben administrar las tareas que enfrentan. En ese sentido cuando se habla de gestión o administración estamos ante un conocimiento de consecuencias prácticas:

*Se trata de saberes de consecuencias prácticas que ordenan/normalizan/ prescriben particulares modos de existencia; ellos actúan en el instante como resultado de la observación y el registro de conductas, estableciendo con ello el referente formalizado de lo que se considerará como “un comportamiento normal”. Además son saberes que facilitan el diseño de tecnologías de gobierno muy diversas, dando forma a esa caja*

<sup>53</sup> Se reconoce de antemano que este re-cuento no es exhaustivo, siendo posible mencionar otros autores, obras y líneas de pensamiento que han intervenido en la conformación del conocimiento organizacional, se sugiere al lector consultar los manuales o compendios de esta área de estudio: el *Handbook of Organization* de James March (1965), las dos ediciones del *Handbook of Organization Studies*, editadas por Stewart Clegg y colaboradores (1996; 2006) que abordan los aspectos y debates contemporáneos del estudio sobre organizaciones, y obras que remiten tanto a los temas clásicos de este conocimiento (Shafritz, Ott y Suk Jang, 2004), como a sus autores principales (Pugh y Hickson, 2007).

*de herramientas de la que los gerentes y directores echan mano para enfrentar cada situación particular* (Ibarra-Colado, 2004:8) (Las cursivas son mías).

De ahí que la propuesta administrativa o de gestión convencional implica a un mismo tiempo, tanto una descripción de supuestos o hechos como cuerpo teórico, y un énfasis particular en la prescripción de qué hacer en cuanto acciones prácticas ante situaciones específicas. En ese sentido y en sintonía con la vaguedad que caracteriza al conocimiento del *management*, se le ha denominado también con el término de 'idea de gestión o administración' (Kramer, 1975, citado por Huczynski, 1996), entendiendo que tal 'idea' se...

... deriva de un razonamiento inductivo y deductivo. Es un conocimiento sistemáticamente organizado aplicable a un amplio espectro de circunstancias. Como sistema de supuestos, principios aceptados y reglas de procedimientos, apoya a los gerentes en el análisis y explicación de las causas que subyacen a una situación de negocios dada, y predice el resultado de cursos de acción alternos (Kramer 1975, citado en Huczynski, 1996:495)

Los argumentos que conformarán esta 'idea', provienen en su conjunto entonces de las propuestas de los autores y movimientos teóricos considerados en el cuadro 4.1, en donde destacan por su contribución, los siguientes autores y aspectos conceptuales:

La aplicación y búsqueda de comportamientos y acciones deliberadas y calculadas (racionales), para la consecución de los resultados planeados; además de una forma de organización, basada en la autoridad formal, en reglas y procesos de acción impersonales, apropiados para el logro de los objetivos planteados. Con estas ideas delineadas originalmente en la obra de Max Weber (1922), y difundidas por Talcott Parsons (1937) en norteamérica, se emprende y logra aplicar una racionalización a la dimensión social de las organizaciones, similar a la racionalización técnica del medio ambiente que se logra con el industrialismo y la administración científica del trabajo (Hatch, 1997).

La organización fabril y el empleo de técnicas basadas en un análisis científico del trabajo a desarrollar, las cuales maximizan la producción y con ello el rendimiento de los trabajadores, son principios que se retoman de la obra de Frederick Winslow Taylor (1911); también se destaca de esta línea de pensamiento una clara división de tareas entre las funciones de la administración y de la selección y entrenamiento del personal respecto a las labores de los trabajadores. El establecimiento de la mejor manera de obtener resultados (*one*

*best way*), y la utilización de incentivos económicos constituyen también aportes importantes para la gestión organizacional (Huczynski, 1996).

Del pensamiento y obra de Henry Fayol (1916), sobresale la elaboración de principios universales de administración, algunos aún vigentes hoy en día en las organizaciones modernas, destacando entre otros los siguientes: división del trabajo, unidad de mando, subordinación del interés particular al general, remuneración de personal, centralización de la toma de decisiones. De capital importancia para la estructuración del propio conocimiento administrativo son la especificación precisa de las funciones de la administración: planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar; las cuales serán consideradas como sus principales tareas en la literatura especializada del tema (Aktouf, 1994; Hatch, 1997).

El descubrimiento de la dimensión social del trabajo, incorpora la dinámica grupal como elemento importante en el rendimiento productivo de la organización; otro aspecto relevante en esta misma línea de estudio lo constituye la dimensión formal e informal de los grupos. Si bien el propósito original de los trabajos que representan a este movimiento (Relaciones Humanas), lo eran el estudio de la fatiga, los accidentes, la rotación de los trabajadores así como los efectos de las pausas de descanso en la productividad y en la moral del personal (Mayo, 1946), las circunstancias de la propia investigación y los hallazgos encontrados devendrán en la incorporación de los grupos y la dimensión personal de los trabajadores al terreno del análisis del trabajo y su dirección (Pugh y Hickson 2007). Si bien el crédito de este trabajo se atribuye al psicólogo australiano y profesor de la Universidad de Harvard Elton Mayo, no podemos dejar de mencionar aquí el trabajo de Fritz J. Roethlisberger y William J. Dickson, quienes también organizaron e interpretaron estos estudios<sup>54</sup>.

La dimensión psicológica del trabajador constituye otro aspecto que aporta elementos conceptuales al desarrollo de la administración, así tenemos la noción de que todos los trabajadores están dispuestos a desarrollarse y crecer en el desempeño de su trabajo, esta posibilidad resolvería conflictos entre las partes al permitir la entidad el desarrollo de proyectos de vida de sus empleados. Las propuestas conceptuales que comparten esta idea se le conoce como el movimiento de nuevas relaciones humanas, entre sus autores más representativos están Abraham Maslow (1943), y su teoría de necesidades psicológicas; así como Douglas McGregor (1960), y su teoría X Y que influirá en qué tipo de liderazgo es más conveniente ejercer en función de las

---

<sup>54</sup> Se sugiere al lector consultar los aportes del movimiento de la escuela de las Relaciones Humanas en Ibarra y Montañó (1987), las obras originales de Mayo (1946) y de Roethlisberger y Dickson (1936).

circunstancias, las tareas, y las personas. Estos trabajos, junto con otros que se inscriben en esta línea de estudio<sup>55</sup>, constituyen la base para un movimiento posterior en la administración conocido como Desarrollo Organizacional, el cual constituye la aplicación de las ciencias del comportamiento al desarrollo de la organización, facilitando el logro de los objetivos de la entidad y aun mismo tiempo dar sentido a la experiencia humana del personal que ahí colabora.

Los “descubrimientos” de la dimensión cultural de las organizaciones en los años ochenta del siglo XX y la competencia por la búsqueda de los clientes y su satisfacción (Abravanel et al., 1988; Aktouf, 1994; Peters y Waterman, 1982), establecen el sello distintivo de los trabajos del *management* en el pasado reciente. Al respecto Huczynski (1996), destaca que a diferencia de contribuciones anteriores a la disciplina administrativa, los aportes que caracterizan la última década del siglo XX, son ideas desarrolladas y promovidas por autores en lo individual con formaciones y experiencias de trabajo en tres ámbitos diversos: el académico, la consultoría de negocios y el que corresponde a los denominados hombres-empresa y sus respectivas historias de negocios exitosos.

Los elementos aquí planteados constituyen entonces aspectos que alimentan e integran el conocimiento moderno del *management* o administración de las organizaciones. Este rápido recuento permite poner en situación las ideas que subyacen a la administración o gestión de las organizaciones. Como arriba apuntábamos, este conocimiento no es uniforme ni progresivo, a pesar de los esfuerzos por hacerlo pasar como tal en un intento de aplicarle una lógica evolución natural por parte de sus promotores. De este modo si bien puede apreciarse una continuidad más o menos homogénea en ciertas áreas, es posible ubicar también rupturas entre los distintos autores e ideas predominantes. En ese sentido se tienen desacuerdos específicos entre la noción de hombre como bestia (pasaje de Taylor con el obrero Schmidt)<sup>56</sup> y aquella que ubica al trabajador con un cierto margen de iniciativa y de responsabilidad hacia el trabajo (Fayol 1916, citado en Aktouf, 1994). En esta integración destaca también cierta distancia y encuentro a un mismo tiempo entre la obra de Taylor y de Mayo: trabajo individual taylorista versus trabajo

---

<sup>55</sup> Chris Argyris, Kurt Lewin, Rensis Likert, y Warren Bennis entre otros, son los autores representativos de esta línea de estudio, cuyos trabajos son la base del Desarrollo Organizacional actual. Para una revisión al detalle se sugiere revisar la síntesis al respecto en: Pasmore y Fagans (1992); así como el número especial dedicado al Desarrollo Organizacional en la revista *Journal of Management Development*, Cfr. Grieves (2000).

<sup>56</sup> Al relatar Frederick Taylor la entrevista que sostuvo con el obrero Schmidt de la planta siderúrgica Midvale Steel Company, equipara la inteligencia de éste con la de una bestia Cfr. Taylor (1911).

grupal en los experimentos de la Hawthorne; coincidiendo sin embargo ambos enfoques, en el control y registro sistemático de resultados<sup>57</sup>.

El conocimiento que se genera y que da cuerpo a la noción moderna de *management* tiene como característica una serie de técnicas, principios, y pautas de acción racionales desarrolladas con el propósito de lograr los resultados previstos, mediante el control de otros –personas-, sea en su comportamiento o en las tareas manuales y acciones que conjugan el esfuerzo humano con el empleo del conocimiento, de la maquinaria, la tecnología o los instrumentos específicos *ad hoc* para la obtención de resultados. Los principios que subyacen a estas técnicas y pautas de acción son extrapoladas indistintamente hacia los diversos ámbitos organizacionales en donde se requiere la coordinación del esfuerzo humano en aras de lograr un cometido, sea en los ámbitos gobierno, educación, salud, consumo, entretenimiento, servicios y manufactura. Su aplicación y traslado a otras arenas o territorios organizacionales ocurre en el entendido de que funcionarán, con más o menos los mismos resultados, salvo pequeñas adecuaciones instrumentales propias del ámbito específico en que son puestas en marcha.

La idea del *management* remite entonces a una serie de conocimientos y prácticas universales aplicables para el desarrollo y mantenimiento de las organizaciones, que implican un conjunto de funciones técnicas, puestas en marcha por expertos capacitados *ex profeso* para el desempeño de tales funciones, particularmente las que tienen que ver con la dirección del trabajo de otros.

Un aspecto que no debe descuidarse y que destaca John Child (citado por Alvesson y Willmott, 1996:10), es que la función del *management* es desarrollada por un grupo social específico, con una posición particular dentro de la propia estructura organizativa: los gerentes o administradores (*managers*). De ahí que el estudio, enseñanza, investigación e interpretación de la gestión debe también considerar a esta figura o grupo social, particularmente en cuanto al análisis del significado de las actividades que este grupo desarrolla.

De este modo, se van configurando distintas nociones de *management*: (1) como actividad técnica en tanto implica la coordinación de esfuerzos y un *expertise* especializado desarrollado al interior de la organización en vistas a cumplir sus propósitos; (2) como grupo y como práctica social, desarrollada por un conjunto particular de personas que establece tareas de dirección y control vinculándose socialmente de cierta forma particular con los otros miembros de la propia

---

<sup>57</sup> Se sugiere al lector consultar Ibarra y Montaña (1987); Aktouf (1994); Montaña (1991).

organización; y (3) como ciencia, remitiendo al cuerpo de conocimientos que conforman e integran estas acciones<sup>58</sup>.

La noción del *management* como actividad técnica, que implica una práctica social particular es lo que aquí nos interesa destacar, su finalidad es la operación eficaz y eficiente de la organización (racionalidad técnica y viabilidad financiera), así como brindar solución a los problemas de conducción, manejo y control de los recursos a su cargo. Esta perspectiva de *management* o gestión se ubica en el denominado enfoque de ciencia modernista sistémica (Cooper y Burrell, 1988), que establece que la realidad es una, por lo que es susceptible de aprehenderse y por ende de manipularse.

Una concepción así ofrece a los encargados de conducir y teorizar sobre las organizaciones, la promesa metodológica de gestionar sistemas complejos, mediante acciones racionales que precisan de medios específicos para lograrlo (Cooper y Burrell, 1988). Este enfoque de gestión subyace a las propuestas de mejora de calidad ya revisadas anteriormente, pues éstas proponen pautas de actuación y control técnico sobre la materia de trabajo, aguardando medir los resultados que retroalimenten el proceso mismo de la mejora. En la siguiente sección se da cuenta de los Estudios Críticos de Gestión, y desde su perspectiva se analizará la gestión convencional en lo general y el enfoque de mejora de la calidad en lo particular.

---

<sup>58</sup> Esta triple noción es utilizada por Jean Francois Chanlat (1998), para dar cuenta del Management y empleada de manera similar para explicar el fenómeno organizado como objeto de estudio, cuerpo de conocimientos y acciones en proceso por Stewart Clegg y Cynthia Hardy (1996).

---

#### 4.2.2 HACIA LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN ECG/CMS

---

Hasta aquí se ha delineado la naturaleza genérica del conocimiento y la práctica del *management* o gestión convencional, la cual se ubica en el paradigma funcionalista (Burrell y Morgan, 1979), y se inscribe en un enfoque de ciencia modernista sistémico (Cooper y Burrell, 1988; Willmott, 1997); se mencionó también autores que tomaron distancia del conocimiento convencional e incorporan a la agenda de estudio de las organizaciones las consecuencias de: los arreglos estructurales, la dimensión subjetiva, los conflictos y los mecanismos de control<sup>59</sup>. Se presentan ahora aquellos estudios de gestión a los que se les adjudica y asumen a un mismo tiempo la denominación de estudios críticos (ver figura 4.2).

---

FIGURA 4.2 LOS ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN Y DE CIENCIA NORMAL DE LO ORGANIZADO EN EL ESQUEMA DE BURRELL Y MORGAN

---



Adaptado de: Burrell y Morgan (1979)

---

<sup>59</sup> Cfr. Mouzelis (1967) Organización y Burocracia: Un Análisis de las Teorías Modernas sobre Organizaciones Sociales; Silverman (1970) Teoría de las Organizaciones; y Braverman (1974) Trabajo y Capital Monopolista. La Degradación del Trabajo en el Siglo XX.

La denominación crítica en los estudios de gestión puede ser entendida inicialmente como aquello que expresa un malestar o disenso en cuanto al conocimiento y práctica de la administración o del *management*, y que por tanto debe modificarse (Fournier y Grey, 2000). Esta definición inicial no puede interpretarse como válida para catalogar así a los Estudios Críticos de Gestión, en tanto la propia literatura del *management*, tanto clásica como moderna cumpliría esta definición al ser renovada o actualizada desde el ámbito de sus promotores, sobretudo en la esfera de la práctica o el ejercicio de la gestión misma. En ese sentido, a pesar de las críticas que hace Henri Fayol a la administración científica de Taylor, respecto a violentar el principio de la unidad de mando, no puede decirse que ambas propuestas se contradigan cuando en realidad se complementan: "...el uno, estudiando y organizando el trabajo desde el puesto del obrero u operario hasta el de director del taller; y, el otro, haciendo lo mismo desde el puesto de director general hasta el taller" (Aktouf, 1994:83).

En lo que a la tradición moderna se refiere basta recordar las publicaciones correspondientes a la ya mencionada línea de pensamiento denominada: Desarrollo Organizacional, específicamente la literatura de cambio organizacional, que durante más de cuatro décadas ha mantenido una propuesta en apariencia contestataria hacia las organizaciones burocráticas, particularmente en cuanto a puestos con funciones definidas, jerarquías diversas y comunidades organizacionales pasivas ante los cambios externos. Richard Beckhard, uno de los principales representantes del enfoque de cambio organizacional parece inscribirse en una corriente crítica hacia los arreglos organizacionales anteriores, tanto el contenido como el título de una de sus publicaciones así lo demuestra: "Cambio Organizacional. Lo que las Empresas Deben Hacer para Lograr una Transformación Total" (Beckhard y Pritchard, 1992).

Otro ejemplo en este mismo tenor, trabajos que supondrían un cambio o reforma en el modo de administrar y a su vez una aparente crítica del estado anterior, lo constituye el enfoque de la reingeniería, expuesto inicialmente en el libro: "Reingeniería. Olvide lo que Usted Sabe sobre Como Debe Funcionar una Empresa ¡Casi Todo Esta Errado!" de Michael Hammer y James Champy (1993). Estos autores aseveran que las organizaciones del siglo XX funcionaron con diseños administrativos del siglo XIX, por lo que se requiere algo completamente distinto. Desde este enfoque, el énfasis de esta nueva gestión radica ahora en los procesos, no en los productos como hasta ese momento lo había sido, de ahí que las empresas deben organizarse en torno a ellos.

Basta estos ejemplos para incluso intuitivamente no caracterizar como crítico estos planteamientos, debido principalmente a que sigue prevaleciendo la orientación principal del saber *managerial*: un conocimiento de consecuencias prácticas (Ibarra-Colado, 2004), punto en el que los ejemplos citados coinciden. Asimismo en este saber, el argumento o respaldo teórico que se expone por más crítico que se presuma corresponde, se haga explícito o no, al paradigma funcionalista, en donde no se cuestiona en ningún momento la posición de la autoridad ni el derecho que asumen tener respecto a imponer ellos los mecanismos de cómo organizarse para trabajar y qué producir. Bajo estas consideraciones y a pesar del enfoque novedoso que caracteriza a estos trabajos así como la promesa de superar propuestas anteriores, su común denominador es más bien el de afinar la función del *management*.

---

### 4.3 ¿QUÉ SIGNIFICA LO CRÍTICO EN LOS ECG/CMS?

---

La pregunta inicial de esta sección respecto a qué significa lo crítico en los ECG/CMS, se responde dando cuenta de qué es lo que los distingue. Así tenemos que son trabajos desarrollados por grupos de académicos y estudiosos de las ciencias sociales, que comprenden y remiten a una pluralidad de posiciones críticas del pensamiento social. En ese sentido el carácter crítico en el marco de los estudios de organización se asigna a los trabajos que someten a escrutinio los supuestos epistemológicos y las prácticas de la gestión convencional (Alvesson y Willmott, 1996). De este modo una posición crítica da cuenta de la naturaleza histórica, parcial e ideológica de las teorías de la organización convencional, implicando entonces que las organizaciones mismas no constituyen solamente sistemas técnicos de trabajo y de acción concertada con estructuras y procesos ad hoc a su tarea o propósito manifiesto.

---

#### 4.3.1 ANTECEDENTES DEL PENSAMIENTO CRÍTICO EN LOS ESTUDIOS DE ORGANIZACIÓN

---

Uno de los primeros trabajos que introduce la noción crítica en los estudios de gestión, fuera del ámbito sociológico, es publicado por Peter Frost en la revista *Academy of Management Review* (1980). En su artículo, Frost hace un llamado de atención donde establece que los estudios convencionales de teoría de la organización, diseño organizacional, comportamiento organizacional, desarrollo organizacional y aquellos respecto a la organización misma, son una de las

fuentes principales de alienación de personas y grupos, asimismo constituyen también una barrera que separa a las personas de su propia naturaleza y de su capacidad de acción (Frost, 1980:501).

Entre las razones que argumenta Frost se encuentra el que los propios estudiosos de las organizaciones se han ocupado de los aspectos que convienen e interesan en exclusiva a quienes gestionan y encabezan las organizaciones, sus *managers*, con lo que la agenda de estudio está marcada por intereses ajenos a los propios investigadores. Destaca también que no existe una perspectiva histórica y se presta poca atención a la evolución de las formas organizacionales, además de que los estudios están orientados fundamentalmente desde una perspectiva de análisis cuantitativa. Se apunta igualmente que se ha fallado en reconocer la reflexividad del investigador en el proceso mismo de la pesquisa. Por último manifiesta que se han negado tanto los aspectos de orden político como los contextos sociales en donde se ubican las organizaciones mismas (Frost, 1980:502).

Frost reclama entonces la adopción de un esquema radical para la práctica de la ciencia de la organización<sup>60</sup>, el cual debe contemplar las siguientes acciones:

- 1) Ampliar las perspectivas teóricas (además de la perspectiva funcionalista), y los enfoques de análisis metodológicos en los estudios de organización (incorporar los análisis cualitativos), así como también dirigir la mirada hacia otras arenas organizacionales, es decir dejar de centrar la atención exclusivamente en entidades organizativas como las fábricas o las grandes empresas.
- 2) Prestar atención a las diversas voces que se generan y no se escuchan en las organizaciones. Se debe buscar entonces a los otros actores y grupos organizacionales también presentes en la organización, entender su percepción, re-conocer qué aspectos de la realidad conciben como problemáticos y cuáles son los supuestos básicos con los que se manejan; en síntesis, la noción de realidad

---

<sup>60</sup> Dentro de este esquema radical para el estudio de la organización sugerido por Frost (1980), se inscriben diversas propuestas que a fines de la década de los setenta y principios de los ochenta del siglo pasado, abordan temáticas relacionadas. Así tenemos en esa línea de pensamiento la obra de Stewart Clegg y David Dunkerley (1980), que ahonda desde una perspectiva marxista en temas como el poder y la dominación en las organizaciones destacando la naturaleza ideológica y pragmática de capitalismo moderno que las caracteriza; Gibson Burrell y Gareth Morgan (1979) dan cuenta de los paradigmas sociológicos en el estudio de lo organizado; y finalmente tanto John Van Maanen (1979), como Gareth Morgan y Linda Smircich (1980), introducen el análisis del fenómeno organizado mediante la mirada que brinda la investigación cualitativa.

que ellos perciben. Esto incluye el considerar visiones distintas a las hegemónicas, que desde una perspectiva masculina, norteamericana, de administración de negocios y de grandes empresas, son las que predominan en la literatura del *management*.<sup>61</sup>

3) Tomar consciencia de las perspectivas de análisis que los investigadores organizacionales asumen en sus estudios, tanto a nivel individual o de grupo. Asimismo es necesario tener clara la definición de realidad organizacional que se adopte y el papel que juega el investigador a un mismo tiempo, como estudioso y actor del fenómeno organizado. Esta reflexividad no sólo compete al investigador en lo individual sino corresponde también a las distintas comunidades de estudio que con diversos enfoques dan cuenta de lo organizado, por tanto se demanda un análisis que promueva la reflexión abierta y el debate al respecto.

4) Adoptar una perspectiva histórica en el análisis que se realiza. Esto implica examinar la evolución y los cambios que ocurren en los fenómenos organizacionales, situándolos en el marco del contexto económico y socio-político de la organización misma, así como de las contradicciones inherentes que puedan ser detectadas.

5) Prestar atención como investigador, en el marco de una perspectiva de análisis radical, a los datos, sus significados y a una crítica de éstos, evitando ser cooptado o representar intereses de grupos particulares. La tarea de dar cuenta del significado de los datos y acciones organizacionales requiere desarrollarse con la asistencia de los propios miembros de la organización, buscando promover la toma de conciencia respecto a las realidades políticas que ocurren al interior de la misma, de las barreras o bloques que impiden la reflexión y la toma de acción consecuente. En ese sentido se propone aplicar un conocimiento de lo organizado que remueva las fuentes de alineación de la vida organizacional (Frost, 1980:504-505).

Las acciones sugeridas por Peter Frost, constituyen una agenda de trabajo que será desarrollada en los años posteriores a la publicación de su documento.

---

<sup>61</sup> Poco se han considerado las otras voces en los estudios de lo organizado, Ibarra-Colado hace notar el carácter centrado en los conocimientos y autores de países desarrollados y anglosajones, dejando de lado las perspectivas organizacionales latinoamericanas Cfr. Ibarra-Colado (2004; 2008).

Para su consecución, los estudiosos de las organizaciones desde una perspectiva crítica, han retomado un amplio rango de enfoques, así tenemos que para cumplir tal cometido, se han considerado perspectivas neomarxistas (teoría del proceso del trabajo, teorías críticas: escuela de Frankfurt), y aquellas denominadas postmodernas, ubicando entre ellas el postestructuralismo, el deconstruccionismo, la crítica literaria, el feminismo, y el psicoanálisis (Fournier y Grey, 2000; Ramírez, 2004; Adler, Forbes y Willmott, 2007). Enseguida abordamos dos de sus principales tradiciones teóricas: las teorías críticas, particularmente el aporte de Habermas y la teoría postmoderna, con especial énfasis en los escritos antifundacionalistas de las ciencias sociales.

#### 4.4 TEORÍAS CRÍTICAS APLICADAS A LA GESTIÓN

---

En cuanto a las Teorías Críticas, se han considerado particularmente los escritos postmarxistas de los teóricos sociales alemanes, la denominada Escuela de Frankfurt representada por Horkheimer, Adorno y Habermas. Esta línea de pensamiento, a lo largo de su existencia por más de ochenta años, se ha caracterizado por teorías y proyectos que no obstante su heterogeneidad, coinciden en el compromiso por desarrollar una teoría social interdisciplinaria cuyo énfasis está puesto en la crítica social, así como en la transformación de los individuos y de sus condiciones sociales (Kellner, 1996).

En ese sentido, los argumentos de estas teorías son retomados por los estudiosos de la organización elaborando una perspectiva crítica hacia la propuesta del *management* moderno. De este modo, dicha perspectiva elabora una crítica hacia la ideología occidental dominante así como también a las instituciones que la reproducen: organizaciones económicas y políticas que distorsionan o limitan el desarrollo de la humanidad. Por tanto, el propósito genérico de esta línea de pensamiento aplicado a las organizaciones radica en discutir y tomar consciencia respecto de la teoría burocrática dominante en las organizaciones, la racionalidad medios-fines prevaleciente, los mecanismos o tecnología de control característicos de las organizaciones modernas y el cientificismo que las caracteriza (Grimes 1992).

Tres son los aspectos que se retoman de las teorías críticas para desarrollar un análisis de esta naturaleza hacia las organizaciones: 1) Constituyen una guía para la acción humana con un doble objetivo: permitir a los agentes dar cuenta de su situación y contribuir a su liberación; 2) Presentan un contenido cognitivo particular, es decir son formas de conocimiento de la realidad, y 3) Difieren

epistemológicamente de las teorías de las ciencias naturales, cuya naturaleza objetiva se contrasta con el carácter reflexivo del enfoque crítico, en donde se examina tanto a la teoría misma como a los propios teóricos (Grimes, 1992:27).

Cabe agregar que la aproximación organizacional crítica para el estudio de las organizaciones, incorpora elementos de la propuesta de un destacado miembro de la denominada Escuela de Frankfurt, Jürgen Habermas, específicamente su teoría de los intereses humanos en el conocimiento (Habermas 1972, citado en Grimes, 1992:27, y en Willmott, 1997:317). En la cual se destaca que todas las ciencias son interesadas, en el sentido de perseguir conocimientos particulares. De este modo Habermas establece tres tipos de interés en las ciencias: el técnico, el práctico y el emancipatorio, correspondiendo cada uno de ellos a una clase de ciencia particular.

En el cuadro 4.2 se presentan los intereses que buscan las ciencias o conocimientos humanos desde la propuesta de Habermas, se destaca entre otros aspectos su propósito, interés principal y el resultado final pretendido. De este modo, las ciencias naturales centran su interés principal en la predicción y el control (interés técnico); la ciencias histórico hermenéuticas prestan atención en la comprensión (interés práctico); en tanto que la ciencia crítica atiende a un interés emancipador cuyo propósito es hacer consciente o dar sentido de la dominación y explotación de que es objeto el ser humano, buscando así su transformación (interés emancipatorio).

Bajo el esquema que propone Habermas, es posible identificar que la ciencia normal de lo organizado o la gestión convencional como aquí se le ha denominado, atiende fundamentalmente dos de los tres intereses que propone Habermas. El primero de ellos corresponde a un interés centrado en la predicción y el control, identificando y manipulando variables y enfocado al cálculo de resultados basado en la fórmula de la racionalidad medios-fines (interés técnico). Este cometido se privilegia claramente en la búsqueda de la eficiencia característica de las organizaciones modernas.

CUADRO 4.2 INTERESES CONSTITUTIVOS DEL CONOCIMIENTO DE HABERMAS

Interés cognitivo	Tipo de ciencia	Propósito	Énfasis	Resultado proyectado
<b>Técnico</b>	Empírico-analítica	Aumentar predicción y control	Identificación y manipulación de variables. Palabra clave: Cálculo	Retiro de la irracionalidad formalizada
<b>Práctico</b>	Historica-hermeneutica	Mejorar la comprensión mutua	Interpretación de la comunicación simbólica. Palabra clave: Apreciación	Retiro de los malosentendidos
<b>Emancipatorio</b>	Crítica	Dar cuenta del propósito mediante el desarrollo de relaciones sociales más racionales	Exposición de la dominación y explotación. Palabra clave: Transformación	Retiro del sufrimiento innecesario

Fuente: Willmott (1997)

Un segundo interés que está presente en los estudios de organización convencionales corresponde a la comprensión mutua, cuyo carácter apunta Habermas, es de naturaleza práctica. Aquí la interpretación o análisis organizacional que se realiza busca facilitar la comprensión o entendimiento de la realidad organizacional más que la predicción y el control. Sin embargo, esta comprensión práctica de la realidad, es utilizada también con un matiz distinto del adjudicado por Habermas, pues fácilmente puede ser retomada por la ciencia normal de lo organizado con intención de afinar su propuesta técnica, caracterizada por la predicción y el control<sup>62</sup>. La gestión convencional no está interesada de ningún modo en facilitar la comunicación entre los actores organizacionales promoviendo así su comprensión entre ellos, a menos que sea con fines de generar un mayor control sobre estos por parte de uno de los actores. En este sentido dos de los intereses descritos por Habermas pueden distinguirse fácilmente en la ciencia normal de lo organizado.

<sup>62</sup> El descubrimiento de la dimensión cultural y simbólica de las organizaciones queda bien establecido desde la teorización temprana del estudio del fenómeno organizado, así se tiene la incorporación de científicos sociales, particularmente antropólogos, a los estudios de la Hawthorne Electric Company correspondientes a la Escuela de la Relaciones Humanas durante la tercera década del siglo pasado. Luego de una desaparición en la escena de los estudios de gestión, una nueva inclusión de científicos sociales como los antropólogos, es bienvenida por el *management* al “re-descubrir” la dimensión cultural a partir de la férrea competencia japonesa en el mercado norteamericano. Se sugiere al lector consultar: Baba (1998); Abravanel et al., (1988); y Turner (1986).

El tercer interés del conocimiento organizacional, desde el esquema de Habermas corresponde a uno de carácter emancipador, el cual está relacionado con la superación del dogma y el sufrimiento innecesario de las personas en la organización (Grimes, 1992; Willmott, 1997); si bien análisis críticos en esa línea de pensamiento habían sido ya realizados en el marco del fenómeno organizado<sup>63</sup>, es a partir de la década de los años ochenta del siglo pasado, cuando ciertas nociones fundadas en la tradición del pensamiento crítico son introducidas a los estudios de la gestión convencional o del *management* (Willmott, 1997:337). Los planteamientos que proponen los estudios organizacionales con un interés emancipador, buscan develar no sólo los significados que pueden derivarse de un análisis de la gestión hermenéutico, centrado en el interés práctico; sino exponer en qué medida dichos significados son moldeados y distorsionados en el entramado de relaciones de poder asimétricas que caracterizan al *management*. El propósito radica entonces en ofrecer pautas o elementos para dar cuenta de esta realidad organizacional a los interesados y emprender acciones en consecuencia desde diversos ámbitos: la formación de profesionales, la investigación de la disciplina y la práctica de la misma.

---

#### 4.4.1 ESTUDIOS CRÍTICOS SOBRE LA GESTIÓN

---

Hasta mediados de la década de los años ochenta del siglo anterior, los trabajos organizacionales inspirados en teoría crítica eran pocos, sobresale el ya referido de Peter Frost (1980), el de Kenneth Benson (1977), quien propone un enfoque dialéctico para el estudio de las organizaciones, en donde se analizan los procesos sociales mediante los cuales las organizaciones se producen y mantienen; el aporte de Paul Shrivastava (1986), quién establece como asunto ideológico la técnica y práctica del *management* estratégico, o el de Brian Steffy y Andrew Grimes (1986), quienes presentan una propuesta de teoría crítica para las ciencias organizacionales.

A pesar de que estos trabajos ponen en la mesa de discusión temas como el poder, la dominación, la ideología, la estructura organizacional, la racionalidad y la comunicación; debemos reconocer que algunos de estas temáticas no son novedosas en el estudio de lo organizado, sino incluso son persistentes para autores que están lejos de caracterizarse como críticos<sup>64</sup>. Así tenemos que

---

<sup>63</sup> Existen propuestas de pensamiento sociológico radical como las denominadas Teorías del Proceso Laboral (Braverman, 1974); o bien análisis de la ideología managerial (Anthony, 1977).

<sup>64</sup> Cfr. Simon (1945); Donaldson (1995, 1996); Peters y Waterman (1982).

muchos de estos temas son discutidos en términos de liderazgo, manejo de conflictos, comunicación organizacional, cultura corporativa y búsqueda del mejor arreglo estructural, siempre desde una perspectiva que persigue un interés técnico.

Como apuntábamos arriba, una de las distinciones clave de la perspectiva crítica radica en que son trabajos que someten a escrutinio los supuestos epistemológicos y las prácticas de la gestión convencional (Alvesson y Willmott, 1996). Asimismo, un enfoque crítico establece una conexión indisoluble entre el conocimiento o saber organizacional en este caso, y la política y los valores predominantes tanto de la ciencia positiva como de la sociedad misma. De este modo tenemos que, la autoridad, la burocracia, la eficiencia y la toma de decisiones racional, consideradas pertinentes para el estudio del fenómeno organizado, y apreciadas en el marco de un análisis convencional como aspectos o estructuras ahí presentes, inevitables, naturales o propias del fenómeno organizacional, pasan a ser ahora objetos de estudio en marco de un análisis crítico (Grimes, 1992). En ese sentido, son considerados como aspectos o estructuras socialmente construidas, sujetas a re-interpretación y transformación. Así tenemos que ahora configuradas como objeto de estudio son entonces problematizadas y discutidas con base en su significado, utilización y posibilidad para generar cambios y transformaciones organizacionales.

Aquí se retoma una característica genérica de las Teorías Críticas en las organizaciones, la noción de emancipar. Conviene aclarar que una ciencia organizacional crítica no está en contra de la gestión *per se*, en tanto se reconoce que la razón instrumental (racionalidad medios-fines), constituye una forma productiva de razonar y actuar (centrada en una perspectiva de maximización de resultados). Sin embargo, el carácter instrumental en la ausencia tanto de una razón o interés práctico (que otorgue significado a personas y grupos), como de un interés emancipador (que haga consciente o dé sentido a las relaciones de poder que se establecen al interior de la entidad organizativa y faciliten su transformación), contribuye a la objetivación de las personas mismas y en consecuencia a la conformación de organizaciones en donde la dominación, la desigualdad de oportunidades y la organización del esfuerzo humano como asunto eminentemente técnico, constituya la norma a seguir en la gestión de las organizaciones.

#### 4.5 ENFOQUE POSTMODERNO

---

Arriba apuntábamos que para dar respuesta a la agenda de investigación que establece Frost (1980) con vistas a la conformación de una ciencia radical de la organización, se han retomado aspectos de las teorías críticas; también se destacó la influencia de otra línea de pensamiento, la que corresponde a la perspectiva de la teoría postmoderna de las ciencias sociales.

La visión modernista de la ciencia (caracterizada en el caso que nos ocupa por la gestión convencional), está sustentada en la creencia de que hay una realidad objetiva, universal y única, y que cualquier otra perspectiva al respecto no es otra cosa más que una visión diferente de esa misma realidad que sigue prevaleciendo a pesar de esas otras miradas, en tanto esa es la real. En contraste, el enfoque postmoderno establece que el conocimiento no puede ser constatado a través del mundo real, en la medida que éste es delineado o construido a partir de nuestras experiencias e ideas al respecto, es decir las teorías acerca del mundo (Hatch, 1997:8). El postmodernismo constituye entonces una aproximación epistemológica que asume que el mundo es su representación (Ibarra-Colado, 2001:238).

En ese sentido, desde fines de la década de los años setenta del siglo pasado, los teóricos de las ciencias sociales, a partir de diversos enfoques postmodernos, reflexionan respecto del proceso de constitución de la ciencia misma y de cómo los aspectos institucionales, sociales y políticos influyen en su conformación como conocimiento válido. Estas perspectivas, que tienen en común la preponderancia del lenguaje, la subjetividad y el poder en la formación, difusión y aplicación del conocimiento, han promovido la discusión epistemológica y ontológica tanto en las ciencias sociales como en los estudios del fenómeno organizado, en el pasado reciente (Calás y Smircich, 1999).

Los principales argumentos o ideas de postmodernismo que han repercutido en el estudio y tratamiento del fenómeno organizado son los siguientes:

- 1) El abandono o negación de grandes narrativas (metanarrativas), y la existencia de un único sentido (Ibarra-Colado, 2001); es decir la propuesta postmoderna adopta una posición de incredulidad hacia las metanarrativas, por lo que nociones universales como la verdad, la bondad y la belleza propias de la visión moderna ya no pueden mantenerse (Lyotard 1979, citado en Calás y Smircich, 1999:650). Desde la perspectiva de Jean-François Lyotard se apunta entonces

que el conocimiento verdadero, bajo condiciones postmodernas, reside en los pequeños relatos o en las narrativas modestas que inciden y son aplicables a realidades locales ya no a la realidad total (Calás y Smircich, 1999).

2) De los enfoques post-estructuralistas, se retoma la noción de indecibilidad de significado, esto es la inexistencia de una fuente estable u original de significación, con lo que la fundamentación última o estructura estable en la que el significado pueda residir se agota. De este modo tenemos que los significados que plantean las grandes narrativas no tienen o carecen de un referente racional último, en tanto están sujetos a repetidas re-interpretaciones por los mismos sujetos-autores: los estudiosos de lo organizado y/o la comunidad en general. Tal noción afecta los significados universales o la búsqueda misma de esta pretendida universalidad del conocimiento y de la ciencia, “no hay una esencia en la cual puedan fundamentarse el significado: lo que hay sólo es diferencias entre significados” (Calás y Smircich 1999:653). Bajo este argumento cobra particular importancia la centralidad del discurso en la construcción de la realidad misma y de lo que de ella se dice (Alvesson y Deetz, 1996), con la advertencia por tanto de que el conocimiento que se tiene de la realidad es una representación fragmentada, múltiple y contradictoria (Hatch, 1997).

3) El reconocimiento de la influencia que ejerce la relación entre el objeto de estudio y la participación de sus autores/investigadores en la conformación y orientación del conocimiento generado. Estudios desde la filosofía y sociología de la ciencia como los desarrollados por Thomas Kuhn (1970) e Imre Lakatos (1971 en Dortier, 1998:443), han influido en esta reflexión. En cuanto a los estudios de la organización, consideraciones similares se derivan a partir de las obras de Astley y Van de Ven (1983), así como de Burrell y Morgan (1979) al ubicar en posiciones paradigmáticas los diferentes enfoques y autores de la disciplina<sup>65</sup>. Este aspecto conlleva a reflexionar respecto a cómo “la teorización en los estudios de organización puede comprenderse como un proceso político mas que como una operación neutra en búsqueda de la verdad” (Calás y

---

<sup>65</sup> Un ejemplo de visiones contrastadas ya no sólo entre enfoques diversos de estudio del fenómeno organizado, sino también al interior de una temática específica de los estudios organizacionales: la cultura, puede constatarse en el trabajo de Joanne Martin y Peter Frost, quienes dan cuenta del recorrido y posiciones diferentes respecto al elemento cultural en las organizaciones (Martin y Frost, 1996).

Smircich, 1999:652). En síntesis este conjunto de ideas del pensamiento postmoderno se han aplicado a diversos trabajos académicos y de investigación que dan cuenta del fenómeno organizado desde estas ópticas, mismos que detallamos a continuación.

---

#### 4.5.1 ESTUDIOS DE ORGANIZACIÓN POSTMODERNOS

---

Desde fines de la década de los años ochenta del siglo anterior, se han desarrollado numerosos estudios de organización con enfoque postmoderno. Trabajos como los de Gibson Burrell y Robert Cooper ofrecen un panorama de la introducción de este enfoque y de las variantes del postmodernismo en los estudios de organización (Cooper y Burrell, 1988)<sup>66</sup>. Asimismo se han editado una serie de libros respecto del análisis organizacional postmoderno como son las obras de John Hassard y Martin Parker (1993); David Boje et al., (1996); y Mary Jo Hatch (1997); entre otras. En estos artículos y textos se establecen las características de este enfoque y se da cuenta de estudios inscritos en esta línea de pensamiento: la realidad es una representación no exenta de valores y juicios de quién o quienes la difunden, así como de la influencia del contexto en que se desarrolla y promueve. Desde esta perspectiva se atiende entonces tanto la posición del autor que da cuenta de esa realidad como de los propios textos, símbolos e ideas que la re-presentan.

Las ideas centrales del posmodernismo y su aplicación en los estudios de organización se materializan en los tipos de análisis que desarrolla: genealógico y la de-construcción de textos (Calás y Smircich, 1999).

---

#### 4.5.2 ANÁLISIS GENEALÓGICO

---

Inspirados en los trabajos de Michel Foucault (1975, 1976, 1984a, 1984b) los análisis genealógicos de discursos organizacionales específicos rastrean y registran la singularidad de las prácticas contemporáneas atendiendo al significado de los pequeños detalles y de los cambios mínimos, considerando lo

---

<sup>66</sup> Una serie de cuatro artículos respecto al debate modernismo y postmodernismo en los estudios de organización, así como de las líneas de pensamiento de esta corriente entre las que destacan las contribuciones de autores como Michel Foucault, Jacques Derrida y Jürgen Habermas, fueron publicados en la revista *Organization Studies*. Cfr. Cooper y Burrell (1988); Burrell (1988); Cooper (1989); y Burrell (1994).

accidental o azaroso más que lo planeado o intencional de las mismas (Burrell, 1996; Calas y Smircich, 1999; Minello, 1999). De este modo, al atender las discontinuidades o arbitrariedades que pueden encontrarse en las prácticas que suponen un desarrollo continuo y uniforme, como son las actividades propias de la gestión de recursos humanos (Townley, 1993), los procedimientos específicos de la gestión de calidad total (Sewell y Wilkinson, 1992), o el discurso y práctica de la planeación estratégica (Knights and Morgan, 1991), el análisis genealógico permite des-naturalizar o hacer un extrañamiento de aquellas actividades cotidianas que se dan por descontado y que se asumen como naturales haciéndolas parecer como inevitables en la gestión de las organizaciones.

En esta desnaturalización, propia de un análisis genealógico, se develan “secretos superficiales” (Burrell, 1996:655), o conexiones particulares como las que se presentan entre las prácticas de vigilancia carcelaria y la gestión de la calidad total. Así tenemos que en ambos procesos de carácter organizacional, se manifiestan tareas particulares de control y observación precisa sobre las acciones y comportamientos de las personas que ahí participan (Sewell y Wilkinson, 1992).

Un análisis genealógico es fundamentalmente una tarea de indagación y reflexión sobre aquellos discursos y prácticas que se ubican como verdaderos y por tanto incuestionables, busca ir más allá de aquellas grandes narrativas de las que hacíamos mención y que marcan los límites y alcances de los saberes constituidos. Se trata así de reconstruir las condiciones bajo las que los discursos se constituyeron, evolucionaron y cambiaron, registrando así la historia de las interpretaciones que se han sucedido sobre una temática o conocimiento particular (Jørgensen y Boje 2008). Se busca así remover o descorrer el velo que encierra un discurso organizacional particular y delinear los elementos que lo constituyen cronológicamente y en el contexto apropiado. Este análisis se ocupa también de realizar una adecuada descripción de quiénes participan y cómo lo hacen; incluyendo a los ganadores, los perdedores, los que el propio discurso margina y a los que privilegia (Jørgensen et al., 2007).

Es importante destacar que en este tipo de análisis no se atribuye responsabilidad alguna hacia los individuos o los grupos que las desarrollan o padecen, por la naturaleza o intención de estas prácticas bajo estudio. Es decir, desde este enfoque postmoderno no se considera primordial establecer el origen, la causa original o el responsable último de qué o quién las determina, como sí se haría en un análisis moderno que presupone una lógica causa-efecto. De este modo, se tiene que los resultados de un análisis genealógico se presentan entonces como: “entramados de prácticas, discursos y convenciones

que han sido adoptados, imitados y transformados hasta el punto en que se convierten en conocimiento y sentido común, siendo repetidos sin reminiscencia de su propósito original” (Calas y Smircich, 1999:655).

En ese sentido, los trabajos postmodernos de lo organizado develan la importancia de la noción conocimiento-poder, en donde existe de ya, una articulación entre el *conocimiento* como cuerpo de saberes institucionalizados y asumidos acríticamente y el *poder* en el sentido de la capacidad de los individuos para establecer relaciones interpersonales y grupales particulares así como la posibilidad de entablar acciones específicas con base en ese conocimiento. De este modo, un análisis genealógico trastoca el significado convencional que establece el *management*, al permitir pensar y articular de manera distinta las prácticas organizacionales. Esto quiere decir que no existe la pretensión de que esta nueva historia o historias que ofrecen otras interpretaciones y que se re-cuenta a partir de él o los análisis realizados, sea la mejor o la única disponible (Calas y Smircich, 1999).

---

#### 4.5.3 DECONSTRUCCIÓN DE TEXTOS

---

Arriba mencionamos que la deconstrucción de textos constituye otro tipo de análisis del pensamiento posmoderno en los estudios de organización, en el que a diferencia de una re-visión de las prácticas organizacionales propia de un análisis genealógico, la atención se centra ahora tanto en los textos que representan las prácticas de gestión como en tipo de lectura que puede dársele. De este modo tenemos que el objetivo de la deconstrucción es romper con la prerrogativa del autor con respecto al significado o sentido que le otorga al texto y que se pretende imponer en consecuencia al lector, excluyendo así otras lecturas o mundos posibles. Hugh Willmott (1998) apunta que mediante la deconstrucción se busca exponer y trastocar los patrones habituales de pensamiento al provocar una mayor autoconsciencia acerca de la presencia, operación y parcialidad de las convenciones lingüísticas que comúnmente se utilizan para dar cuenta de las explicaciones del fenómeno organizado.

Los aportes del filósofo francés Jacques Derrida (1983, citado en Friedmann y Fernández 2008:58), son fundamentales para la realización de este ejercicio analítico que se desarrolla a partir de comprender el mundo y sus textos como un juego de diferencias, en donde de los que se trata es sacar a la luz lo excluido, lo marginado. Derrida demuestra que toda la dicotomía que aspira a un carácter absoluto, sólo puede ser mantenida si se ignora que los elementos de

esta oposición se sustentan y dan sentido entre sí (organización/desorden, racionalidad/emocionalidad).

De este modo, los sistemas de representación (textos), que se ofrecen respecto de algún fenómeno de la dimensión organizacional, como por ejemplo el concepto de 'racionalidad limitada' propuesto por Herbert Simon (1945), puede ser sujeto a una lectura diferente desde la noción de 'emocionalidad limitada' que prevalece en las organizaciones y que está presente a un mismo tiempo aún en contextos organizacionales altamente estructurados (Mumby y Putnam, 1992). De ahí que los sistemas de representación que se asumen como válidos en el fenómeno organizacional, puedan someterse a un des-ensamble o de-construcción otorgándoseles al menos una doble interpretación, con lo que el control que tiene el autor sobre su texto es rebasado por las diferentes lecturas que de ese mismo documento pueden realizarse (Cooper, 1989; Burrell, 1996). Bajo esa perspectiva las explicaciones, los argumentos y los sistemas de representación de la realidad son de nueva cuenta, presentados o sometidos a consideración, lo que implica que sean re-presentados y re-significados por los lectores y analistas al ser otra vez estudiados.

El aporte postmoderno al estudio de las organizaciones ha permitido entonces dar cabida a otras interpretaciones de la práctica y conocimiento acerca de la gestión organizacional, abriendo líneas de investigación en las disciplinas que atienden el fenómeno organizado y posibilitando conocimientos alternos que de otro modo, en el marco de una ciencia positiva, serían ignorados o marginados.

#### 4.6 NECESIDAD DE DIALOGO ENTRE LA VISIÓN POSTMODERNA Y EL ANÁLISIS CRÍTICO

---

Al dar cuenta de dos de los principales aportes teóricos a los Estudios Críticos de Gestión: teoría crítica y teoría social postmoderna, reconocemos también divergencias entre los supuestos de ambos enfoques. Así tenemos por un lado, la identificación clara por parte del enfoque crítico de las relaciones de dominación y sometimiento en la que están inmersos los actores sociales (prevalencia de ciertos grupos en particular sobre otros), y la pretensión de transformación del orden social mediante acciones específicas que conllevan a una emancipación y toma de conciencia del papel que dichos actores juegan en las estructuras mismas de dominación; en ese sentido la teoría crítica es tajante y establece una realidad específica al respecto. Por el otro lado, el enfoque postmoderno no adjudica responsabilidad específica hacia los actores en ese

entramado de relaciones de poder en el que la sociedad misma esta inmersa, por tanto establece que las explicaciones al respecto constituyen interpretaciones particulares sujetas a una lectura alterna. Este desencuentro entre ambos enfoques y su conjugación particular en los ECG/CMS parece contravenir a cada una de las posturas e invalidar su articulación; sin embargo, conviene apuntar aquí la necesidad de colaboración entre ambas, tal como Matts Alvesson y Stanley Deetz lo establecen:

Sin considerar los temas postmodernos la Teoría Crítica fácilmente se hace irreflexiva en relación con elitismos culturales y con las condiciones modernas del poder; sin considerar en alguna medida el pensamiento de la Teoría Crítica –o algo similar que provea dirección o relevancia social– el Postmodernismo simplemente se convierte en esoterismo (Alvesson y Deetz 2000; citado en Ramírez, 2004:14).

Así tenemos que una visión crítica, que no sea atemperada por un relativismo que permita contar con diferentes visiones y escuchar las diversas voces que participan, fortalece una metanarrativa caracterizada por un permanente conflicto y lucha de clases que niega a su vez posibilidad alguna de modificación y superación de la situación, con lo que se institucionaliza de una vez y para siempre la imposibilidad de cambio. Igualmente, continuas y variadas representaciones de la realidad convierten al discurso postmoderno en meras ilusiones que impiden establecer parámetros de funcionamiento y operación necesarios en la gestión de las organizaciones. Estos parámetros o marcos de referencia que ofrecen estos dos enfoques permiten contar, para el estudioso de las organizaciones, de una comprensión más acabada en el sentido de abrir el contexto de la interpretación y por tanto facilitar en determinado momento la mejora de ciertas prácticas organizativas, y por ende el acceso u obtención de beneficios para quienes en ellas participan.

El aporte que de una visión postmoderna se obtiene, consiste entonces en este llamado de atención o advertencia respecto de la pretendida universalidad del *management*, apuntando que la visión crítica que se destaca es una de entre varias posibles. Una enfoque postmoderno de esta naturaleza deja en claro otras re-interpretaciones del fenómeno organizado, particularmente marca distancia de aquellas nociones o acciones que se dan como naturales, normales o lógicamente articuladas e inevitables en el discurso y prácticas del *management* convencional. Las cuales estarían lejos de serlas, en tanto su proceder característico devela situaciones particulares que implican inequidad, ejercicio del poder y relaciones asimétricas, entre otros aspectos. Es decir se opta por un

abanico de discursos que impide que haya un único camino o alternativa posible para la gestión de las organizaciones<sup>67</sup>.

#### 4.7 ESTUDIOS CRÍTICOS DE GESTIÓN

---

De este modo tenemos que entre los trabajos que pueden denominarse Estudios Críticos de Gestión, es factible encontrar, como ya se revisó, un amplio rango de enfoques. Así tenemos perspectivas neomarxistas (teorías del proceso del trabajo, escuela de Frankfurt), postestructuralismo, y deconstruccionismo (Fournier y Grey, 2000).

Sin embargo, esta diversidad de posturas implica considerar como ECG/CMS trabajos no siempre coincidentes entre sí en términos epistemológicos, de ahí que desde las teorías del proceso de trabajo se consideraría a los estudios posmodernos de organización como incapaces de generar una crítica real pues las condiciones estructurales de base como la clase social, no se modifican (Thompson 1993, citado en Fournier y Grey, 2000:16). Asimismo los estudios críticos de la excelencia empresarial de corte psicoanalítico (Aubert y Gaulejac, 1991), u otros en la línea del psicoanálisis de las organizaciones (Kakar, 1970; Kets de Vries y Miller, 1984), serían considerados junto con su referencia teórica principal: el psicoanálisis, como un dispositivo más de tecnología y control en las organizaciones en manos de un selecto grupo de expertos (Rose, 1989), en tanto que algunos autores más ortodoxos negarían designar con el término crítico a estudios desarrollados fuera de la denominada escuela de Frankfurt (Alvesson y Deetz, 1996).

Para resolver esta situación, Fournier y Grey (2000) establecen que dentro de la pluralidad de los estudios de organización que asumen diversas posiciones críticas de las ciencias sociales subyacen preocupaciones comunes que delimitan y marcan la diferencia entre los Estudios Críticos de Gestión (ECG/CMS), y lo que puede considerarse la renovación constante del

---

<sup>67</sup> La noción de la existencia de una sola alternativa (del inglés: *there is no alternative*, empleando como acrónimo la palabra "tina") describe la lógica de operación y funcionamiento de la gestión convencional: la existencia de un solo camino o manera para realizar las labores y cumplir con los objetivos planteados. La similitud con la propuesta de la mejor manera de hacer las cosas (*one best way*), dictada por el departamento de ingeniería de la Midvale Steel Company, encabezado por Fredrick W. Taylor, re-aparece en el discurso de la ciencia normal de lo organizado continuamente. Así tenemos que esta mejor manera de hacer las tareas adopta un carácter relativo en la escuela de la contingencia, un nuevo *one best way*, ahora relativizado (Montaño, 1991), en donde a pesar de cierta flexibilidad las opciones continúan estando acotadas para los actores organizacionales.

*management* desde la propia ciencia normal. Estas características distintivas y que sustentan la agenda investigación de este movimiento son: a) los análisis y estudios así denominados no están enfocados únicamente al rendimiento o desempeño organizacional, b) presentan un énfasis en la des-naturalización de los supuestos o consideraciones de la gestión convencional (modernismo sistémico según Cooper y Burrell, 1988), y c) se reconocen por desarrollar o contener lo que se ha dado en denominar una reflexividad en sus argumentos<sup>68</sup>. Enseguida se explican las características distintivas que agrupan al conjunto de estudios de organización que se inscriben en esta corriente de pensamiento.

---

#### 4.7.1 INTENCIÓN NO-PERFORMATIVA

---

La primera característica distintiva de los ECG/CMS es la denominada *intención no performativa*<sup>69</sup>, término con el que se designa el enfoque conceptual común de los estudios críticos de gestión. Una de las principales características del estudio moderno de las organizaciones (léase ciencia normal o positiva), es su énfasis en la búsqueda de un desempeño superior en términos de productividad, calidad, oportunidad y eficacia de los bienes y servicios producidos, así como en el diseño y utilización de instrumentos para cuantificar su avance en términos del máximo resultado posible con un consumo o gasto menor o igual en términos de insumos (Bonney y Armijo, 2005).

Se coincide con Ramírez (2004), quien destaca que la noción de desempeño o *performance* constituye la *raison d'être* de la gestión convencional por lo que una primera lectura a la temática que abordan los ECG/CMS los ubicaría como

---

<sup>68</sup> Los términos originales en idioma inglés expuestos son: *(non) performative intent, desnaturalization* y *reflexivity* (Fournier y Grey, 2000).

<sup>69</sup> Uno de los pocos trabajos introductorios en idioma español, de los Estudios Críticos de Gestión traduce el término sajón *(non) performance intent* (Fournier y Grey, 2000:17), como anti-performatividad (Ramírez 2004). Término con el que no estamos de acuerdo en tanto que el prefijo anti denota de primera instancia un rechazo o estar contra del énfasis o culto que se tiene a la búsqueda de resultados o desempeño, cualidad característica del *management*, y en ese sentido no todos los estudios críticos rechazan o aborrecen el desempeño, sino más bien lo que se discute son los tipos de arreglos estructurales y tecnologías que se utilizan para su logro. Por tal razón se optó por utilizar el término intención no performativa del original en inglés *(non) performance intent*, empleado por Fournier y Grey (2000), quienes a su vez lo retoman de Jean François Lyotard (1984, citado en Fournier y Grey 2000:17), con el que designan aquel conocimiento cuyo interés no está centrado únicamente en el desempeño o rendimiento, entendido como máximo resultado con un mínimo de entradas, en términos de un cálculo medios-fines. De este modo, la intención no performativa corresponde a una posición centrada no sólo en el desempeño o en los logros obtenidos, sino en la atención prestada hacia otros factores de carácter organizacional, como pueden ser los diferentes conflictos de interés de los grupos que participan en la gestión de las organizaciones, y en el re-cuento que se hace de la propia gestión como disciplina y actividad profesional.

trabajos *antimanagement*, pues los principales aspectos que han sido abordados remiten a los costos de la cultura de la excelencia (Aubert y Gaulejac 1991), a la tiranía de la cultura organizacional (Willmott 1993), a los mecanismos de control y vigilancia hacia las personas, que caracterizan a la gestión de calidad total (Sewell y Wilkinson, 1992), entre otros.

Sin embargo, una denominación de tal naturaleza (*antimanagement*), remite a radicalizar innecesariamente el conocimiento sobre el fenómeno organizado al promover desde un inicio una postura encontrada con el quehacer cotidiano de la gestión. Queremos dejar en claro aquí que los estudios críticos de gestión no están en contra de la gestión o administración como práctica, pues una de las principales características de la organización, independientemente de su naturaleza (productiva o de servicios, pública o privada), es precisamente gestionar o administrar el esfuerzo humano y el apoyo técnico necesario para cumplir con los objetivos para los que fue creada, de tal modo que la propia actividad de la gestión y sus funciones son inherentes al fenómeno organizado.

En ese sentido la tarea de gestionar o administrar las organizaciones no está a discusión, lo que sí es objeto de análisis crítico por parte de los ECG/CMS es el tipo o clase de gestión que se realiza, sobretodo aquella que "... mantiene, desarrolla y controla formas de organización del trabajo que preservan disparidades de poder socioeconómico tanto en el sector público como privado" (Alvesson y Willmott, 1996:10). Así pues, lo que se pone en tela de juicio son aquellas prácticas que limitan el desarrollo y emancipación de los actores organizacionales, imposibilitan el cambio, y causan daños ecológicos severos en aras de una pretendida modernización de la sociedad.

De este modo se tiene que no obstante abordar la gestión o administración de las organizaciones, los ECG/CMS lo realizan con un propósito o *intención no performativa*. Es decir su principal objetivo no es la búsqueda del desempeño o los mecanismos para su mejora, como sí lo es para la gestión convencional o ciencia normal del management (Marsden y Townley, 1996). Más bien los ECG/CMS se enfocan a destacar las consecuencias y los costos que acarrearán para la propia acción de gestión y particularmente para los actores organizacionales, los esquemas de operación basados exclusivamente en el desempeño o *performance*<sup>70</sup>. Así, los estudios críticos de gestión estudian el proceso de gestión misma, en la medida que conducen a "descubrir los que se ha hecho en su nombre..." (Fournier y Grey, 2000:17).

<sup>70</sup> Por actores organizacionales se considera a todos los integrantes que participan en un fenómeno organizado particular; es decir el grupo humano como sujeto (actor de la gestión), y como objeto de la misma (al ser él mismo gestionado en lo individual y colectivo). En síntesis, se contempla tanto a los administradores como a los administrados (*managers y managed*).

Esta primera cualidad de los estudios críticos de gestión: su *intención no performativa* puede apreciarse en el tipo de conceptos y lenguaje que utilizan, encontrando en estos trabajos la utilización explícita de términos como poder, control, e inequidad, en tanto que es común que en los estudios convencionales del *management* no aparezca mención al respecto; abundando en cambio, reiteradas referencias a la eficiencia, eficacia, y a las ganancias o margen de utilidad respectivo (Fournier y Grey, 2000). En ese sentido la intención *no performativa* constituye una mirada crítica que busca tanto develar los aspectos y prácticas que en nombre del culto a la eficiencia y eficacia se realizan en las organizaciones modernas; así como a promover y desarrollar formas más humanas de gestión.

De este modo se tiene un enfoque que no tiene como prioridad el detonar, promover, fortalecer o restaurar el desempeño (*intención no performativa*), primera distinción de los ECG/CMS; sin embargo surge la pregunta: ¿Cuál es entonces su propuesta de análisis?

---

#### 4.7.2 DESNATURALIZACIÓN

---

La segunda característica de los ECG/CMS y que constituye la tarea analítica que los distingue es la denominada des-naturalización, la cual puede apreciarse en el tipo de análisis que se realiza.

Es factible encontrar en los estudios críticos de organización trabajos que tienen en común el interés por destacar dimensiones que subyacen a la práctica de la gestión convencional y sus consecuencias, por ejemplo: estudios que desde la perspectiva feminista ahondan en la naturaleza de la racionalidad y el carácter emotivo que prevalece en las organizaciones (Mumby y Putnam, 1992); por otra parte se han desarrollado también temáticas que abordan la gestión y usufructo que se realiza de las emociones del personal en organizaciones de servicio (Ashforth y Humphrey, 1993; Hochschild, 1983); los costos para las personas en las empresas que adoptan una cultura de excelencia (Aubert y Gaulejac, 1991); el carácter totalitario de la puesta en operación de programas de cultura organizacional (Willmott, 1993, 2003); y las contradicciones inherentes del discurso de la calidad total y la mejora de procesos (Wilkinson y Willmott, 1995a; Kelemen 2003), entre otros.

Si bien estos trabajos constituyen todos ellos interpretaciones organizacionales desde ángulos teóricos diversas, tienen entre ellos un común denominador: la

crítica a las prácticas actuales del *management*, exponiendo la naturaleza de sus acciones y ofreciendo elementos para revertirlas (Fournier y Grey, 2000). Es decir los ECG/CMS des-naturalizan o hacen conocibles o parecer extraños aspectos que se asumen como normales u obvios en la práctica cotidiana del *management*: los efectos de los diseños “racionales”, estructurales y organizacionales que se proponen como los más idóneos, que promueven la pretendida búsqueda de homogeneidad en los integrantes de la organización y el consenso en los objetivos que se persiguen.

En ese sentido, el tipo de análisis que caracteriza a estos estudios críticos aunque no contrario, sí es diferente a lo que el *management* o gestión convencional regularmente desarrolla, es decir da cuenta del carácter irracional, sesgado, oportunista, político, económico, y de exclusión social que subyace a las prácticas consideradas como racionales, pertinentes y oportunas para la gestión de las organizaciones. Es decir, los trabajos que presentan los Estudios Críticos de Gestión se caracterizan por de-construir la ‘realidad’ de la vida organizacional (Alvesson y Willmott, 1996), de este modo el análisis realizado se enfoca a dar un sentido o interpretación diferente a: (1) el conocimiento racional que sustenta a la ciencia normal de lo organizado, y a (2) las acciones que prescribe dicho conocimiento y que son emprendidas por los profesionales de la gestión.

La ciencia normal de lo organizado configura sus fundamentos a partir de un doble movimiento: (1) construye una realidad organizacional y la racionaliza, al mismo tiempo que (2) borra el proceso de su construcción mediante la estructuración y validación de un conocimiento científico, objetivo, libre de valores y de aplicación universal (Alvesson y Willmott, 1996). Este conocimiento y su práctica correspondiente son re-producidos entonces en las escuelas de negocios por sus promotores académicos, por los consultores y autores de *best-sellers* en las asesorías con empresas y difundidos ampliamente mediante la literatura especializada correspondiente.

En contraparte, los ECG/CMS están comprometidos con: “...descubrir las alternativas que han sido borradas por el conocimiento y la práctica *managerial* (y) con la propuesta de que las cosas no son como parecen serlo...” (Fournier y Grey, 2000:18).

De este modo, los Estudios Críticos de Gestión al centrar su análisis en aspectos no relacionados con el desempeño (la ya mencionada intención *no performativa*), ponen de manifiesto los conflictos de naturaleza eminentemente política y social que ocurren en la organización. Tal análisis da cuenta de cómo la ciencia normal

de la organización ha impuesto para el tratamiento de lo social y político un despliegue de estrategias y de soluciones técnicas, de índole racional y objetiva, ofrecidas por los expertos de la administración y el management con resultados no siempre exitosos. En ese sentido el conocimiento y práctica de la planeación estratégica constituye un buen ejemplo para des-naturalizar las prácticas gerenciales comunes (Ansoff, 1984; Steiner, 1979). Un argumento de este cuerpo de conocimientos asume que periódicamente las organizaciones deben instrumentar diagnósticos y plantear escenarios de futuro, para re-formular o ajustar las estrategias organizacionales ante el nuevo ambiente que se presume sucederá. Un estudio crítico de este conocimiento hará evidente que con objeto de no verse rebasado por la realidad misma, los promotores de esta noción de planeación anualmente establecen nuevos escenarios para justificar el desajuste entre las estrategias y propósitos inicialmente planteados, las acciones emprendidas y los resultados alcanzados. Con este nuevo arreglo (exploraciones de futuro, generación de escenarios), se reitera la promesa no siempre cumplida del discurso de la estrategia, la de atender para el nuevo proceso de planeación, los imponderables no contemplados en el ejercicio anterior (Knights y Morgan, 1991).

Entre los aspectos políticos y sociales que se intentan resolver mediante el empleo y aplicación de arreglos racionales *ad hoc*, pueden encontrarse: las dificultades y luchas que se dan entre los grupos de interés por la distribución tanto del poder como de los recursos, el escaso sentido de pertenencia del trabajador hacia la labor que desempeña, la fragmentación de las tareas y condiciones de precariedad en que éstas se realizan, o las pobres expectativas de desarrollo y proyección personal y social de las personas en la organización, sin atender y comprender a un mismo tiempo, que la naturaleza y origen de tales problemáticas puede ser el propio arreglo estructural que promueve el mismo *management*.

Es así que los estudios críticos de gestión buscan exponer, lo que no se dice en el discurso científico, cómo es que los aspectos arriba mencionados y que son cotidianos en la vida organizacional, son escamoteados y cuando se les llega a considerar, se le hace bajo la premisa de ubicarlos como desviaciones e inadecuados funcionamientos de los sistemas y estructuras organizativas. Proponiendo entonces soluciones técnicas y racionales de carácter aparentemente neutro que permitirán transitar y superar las dificultades, tanto de funcionamiento interno como de relación con el medioambiente, maximizando los resultados y optimizando los recursos empleados. Dichas soluciones están sustentadas (ni duda cabe), por un conocimiento *ad hoc* de los procesos organizacionales mismos: configuración de organizaciones bajo la noción de

sistemas orgánicos o mecánicos (Morgan, 1986), que privilegian una conceptualización e intervención organizacional legitimada en el conocimiento científico y que busca ante todo, las mejores soluciones para la resolución de los problemas organizacionales.

Es evidente que una lectura de esta naturaleza deja de lado las condiciones históricas y estructurales que dieron origen a las situaciones que ahora son aparentemente resueltas con el conocimiento y las soluciones expertas del *management*<sup>71</sup>. A su vez la ciencia normal de lo organizado no inquiriere sobre, ni considera a, los grupos de interés que maximizan las ventajas de las soluciones propuestas, como tampoco hace mención de quienes son afectados o disminuidos en sus intereses particulares o de grupo. En resumen, el principal aspecto distintivo de los CMS es su propósito de lograr una des-naturalización del conocimiento y las acciones *manageriales*; por lo que constituye también su principal estrategia de análisis.

La posibilidad de re-pensar sobre la gestión convencional, su conocimiento y sus prácticas, pero particularmente sobre el conocimiento o *insights* generados a partir del análisis crítico y la propuesta de acciones para solventar las observaciones realizadas, conforman la tercera característica que distingue a los ECG/CMS: su reflexividad.

---

<sup>71</sup> Para realizar un análisis crítico es necesario atender la dimensión histórica de las organizaciones, la cual incluye a los actores que participan, los hechos, las condiciones y los autores mismos que han configurado en su conjunto las re-presentaciones que se tienen del fenómeno organizado. La importancia del aspecto histórico se hace evidente en los estudios postmodernos, particularmente con el giro discursivo y deconstruccionista que han tomado ciertas líneas de pensamiento organizacional; sin embargo, autores como Clark y Rowlinson (2004), Úsdiken y Kieser (2004), proponen la necesidad de hacer un reconocimiento a la perspectiva histórica en los estudios de organización. Estos autores establecen que debe considerársele como área de estudio *per se*, y no únicamente como un factor más que debe tomarse en cuenta. La importancia que se le ha reconocido al tema se plasma con la aparición de una revista especializada en la historia organizacional: *Management and Organizational History* a partir del año 2006 (cfr. Booth y Rowlinson, 2006); misma que viene a complementar algunas otras ya existentes como son el *Journal of Management History* y *Business History*.

---

### 4.7.3 REFLEXIVIDAD

---

La tercera característica que delinea el perfil de los ECG/CMS definida como reflexividad, es su preocupación por promover discusiones acerca de la epistemología y ontología del objeto estudiado (Fournier y Grey, 2000). Dicha práctica apunta Ramírez (2004), le otorga un carácter más teórico a una área de estudio –la administración- que salvo excepciones (cfr. Donaldson, 1996), ha discutido poco sus fundamentos epistemológicos y ontológicos.

De este modo los ECG/CMS apuntan, además del estudio crítico de las prácticas *manageriales*, hacia un análisis del propio proceso de investigación realizado: reflexiones sobre el rol que juega el investigador en el proceso mismo de diseño y conducción de la investigación, su objeto de estudio, la representación resultante, el impacto de este conocimiento en los investigados, así como el contexto y comunidad científica en el que se inscribe dicho conocimiento y los resultados generados (Clegg y Hardy, 1996a, 1996b; Hardy, Phillips y Clegg, 2001; Learmonth, 2005).

La noción de reflexividad en el plano metodológico presupone identificar las preconcepciones de los autores en el proceso mismo de la investigación (Malterud, 2001); en el terreno de los ECG/CMS, implica atender sistemáticamente el contexto a partir del cual se configura el conocimiento, las posiciones de sus autores y la naturaleza crítica de los estudios. Al incorporar la reflexividad como una característica distintiva de los ECG/CMS se asumen también los valores que orientan su tarea de análisis: una intención no performativa al estudiar procesos de gestión diversos y el propósito de constituirse en un referente conceptual para promover y desarrollar formas más humanas de gestión, las cuales pueden ser generadas al des-naturalizar las prácticas cotidianas de la administración, que inciden tanto en quienes son objeto de la misma (se habla aquí de los sujetos que son objeto de la gestión, aquéllos que son administrados o gestionados *managed*), como de los actores mismos quienes desempeñan, ordenan y ejecutan las diversas tareas de gestión (los administradores o *managers*). Para el caso que ocupó esta investigación, hubo un acercamiento a los proveedores de los servicios de salud de una entidad pública (médicos), a quienes se les considero como actores clave, en tanto son objeto de la gestión, al constituirse él o ella en el medio para instrumentar una política de la dirección (el programa de calidad denominado Cruzada); por otra parte también se contempló en este estudio a los terceros actores involucrados, los cuales aparentemente son ubicados en primer lugar en el esquema de los servicios de salud: los usuarios o público en general.

La característica de reflexividad constituye una cualidad de los ECG/CMS que está construyéndose, es decir, es evidente que los trabajos críticos deben consolidar su estatus en el espectro de los estudios que dan cuenta del fenómeno organizado, su posicionamiento debe atender sistemáticamente al contexto en el cual ocurre la construcción del conocimiento, y al efecto del propio autor o investigador en el proceso de investigación. Esta situación se alcanza mediante la reflexión y el re-cuento de la situación que se reporta, la naturaleza del conocimiento construido, y la relación del investigador con el objeto o materia investigada. Es decir, los estudios críticos de gestión por su carácter reflexivo, deben precisar explícitamente su situación tanto de las condiciones de la investigación misma, como del conocimiento que generan en la arena de los estudios organizacionales, a diferencia del conocimiento objetivo (positivo), el cual se caracteriza por no estar situado ni en tiempo ni en espacio, en tanto que se asume como verdadero en cualquier momento y lugar (Hardy, Phillips y Clegg, 2001:554).

La reflexividad constituye una contribución importante del enfoque posmoderno a las ciencias sociales y en particular a los estudios de organización en tanto permite una reflexión crítica acerca del modo en que el conocimiento moderno se ha constituido (en paradigmas o grandes narrativas fundacionales). Sin embargo, la sola presencia de varios paradigmas que dan cuenta del fenómeno organizado en el marco de los estudios de organización, no constituye por sí mismo un avance en el conocimiento de la disciplina, más aún acentúa un enfrentamiento innecesario y una correspondiente inconmensurabilidad entre ellos. Esto sucede así en la medida que cada uno de ellos busca erigirse como la gran verdad, es decir como la interpretación más acabada o completa de la realidad.

De ahí que la aparición de paradigmas alternos y las discusiones en términos de una guerra paradigmática que se generan (Burrell y Morgan, 1979; Burrell, 1996), no constituyen un salto epistemológico y ontológico en los estudios de organización. Lo que efectivamente significa un avance es la capacidad de dialogar, el espacio para reflexionar al respecto; sin necesidad de ofrecer un conocimiento alternativo que se considere como el bueno, el mejor o el más acabado y que sustituya irremediabilmente y por completo algún otro (Calás y Smircich, 1999:652).

En síntesis, bajo la denominación Estudios Críticos de la Gestión (ECG/CMS) es posible agrupar aquellos análisis, investigaciones y obras que dan cuenta del fenómeno organizado y que no necesariamente abordan el desempeño como principal área de estudio (carácter *no-performativo*), que emplean como estrategia de análisis la des-naturalización de las prácticas cotidianas y que

presenta las orientaciones tanto del contexto en que se sitúa el análisis, como la reflexión del propio investigador o analista que emprende tales trabajos.

#### 4.8 HACIA UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LA GESTIÓN TOTAL DE LA CALIDAD

---

En el capítulo 1 Calidad en los servicios de salud, se presentó una revisión de los autores e ideas fundamentales de la gestión de la calidad (Deming, Juran, Feigenbaum, Ishikawa y Crosby), así como de su traslado y aplicación en el ámbito de la salud. En ese recuento se dejaron de lado ciertas consideraciones críticas respecto a la puesta en marcha y resultados que pueden obtenerse como resultado de su instrumentación (el sentir de los trabajadores respecto a la nueva forma de organizarse, o el tipo de relaciones que se establecen como producto de la instauración del esquema de calidad). Estos aspectos que pueden englobarse en aquello que no es atendido en tanto escapa al propósito racional e instrumental del discurso de la calidad, se retoma ahora desde las premisas de los estudios críticos de gestión, en un esfuerzo por dejar en claro otra naturaleza o interpretación del proceso de gestión de lo organizado.

Como ya se anotó, la calidad total, puede ser considerada como una teoría de la gestión (Anderson, et al., 1994; Hill, 1991; Dean y Bowen, 1994), y como tal se inscribe en el conocimiento de la ciencia normal de lo organizado. De este modo sus argumentos describen cierta realidad organizacional y 1) establecen objetivamente los procesos necesarios para la producción de bienes y servicios que cumplan con requisitos de calidad específicos, así como también 2) determinan el papel particular que deben observar y desempeñar los diferentes actores que intervienen en dichos procesos. La lógica que subyace a este conocimiento es que existe una correspondencia uno a uno entre lo que se describe y prescribe en lo teórico, con lo que sucede en la realidad organizacional.

Un primer análisis del tipo de gestión que promueve el movimiento de calidad total puede realizarse desde la óptica de las metáforas organizacionales (Morgan, 1986). Desde la metáfora mecánica, la imagen de la gestión de calidad en una organización remite a una maquinaria, constituida por componentes intercambiables, y que atiende propósitos particulares; siendo la velocidad de producción y los resultados eficientes su principal meta. Los principios de GCT buscan implantar entonces un sistema mecánico, controlable y predecible en las organizaciones así como en sus integrantes. La metáfora orgánica por su parte,

supone para las organizaciones ciclos de vida a semejanza de los organismos (nacimiento, crecimiento y muerte), así como una constante adaptación e intercambio con el ambiente en el que se desarrollan las organizaciones. De este modo las organizaciones adoptan esquemas de funcionamiento basados en la GCT con objeto de ubicarse en mejores posiciones con respecto a organizaciones similares y responder eficientemente a las demandas tanto del mercado como de los consumidores.

La GCT puede ubicarse sin inconveniente alguno en cualquiera de estas miradas (mecánica y orgánica), en donde es factible el control y la toma de decisiones basándose en argumentos fundamentalmente numéricos que científicamente validan las acciones tomadas (con base en los resultados obtenidos, sean positivos o negativos); asimismo las modificaciones o reestructuraciones emprendidas atienden siempre a la sobrevivencia de la organización en un ámbito donde la diferencia la establece la producción de bienes y servicios competitivos. La importancia prestada a los procesos técnicos desarrollados y a los resultados obtenidos es primordial en tanto que el factor humano que participa en estos procesos, solamente es considerado en términos de la funcionalidad que puede prestar o no a los objetivos de la organización.

Este carácter funcional, propio del movimiento de la GCT, se aprecia en la forma en que es presentada esta propuesta (Cfr. Capítulo 1). Los diversos autores coinciden en la exposición de argumentos, se tiene así un conjunto de recomendaciones o elementos que deben cumplirse para el logro de una producción de bienes y servicios de calidad. No obstante existir diferencias en el estilo de su argumentación, todos los autores convergen, algunos de manera más explícita que otros<sup>72</sup>, en delinear la calidad como una serie de pautas de comportamiento y acciones que de emprenderse correctamente conducirán a la obtención de productos y servicios competitivos y por tanto, a la operación de sistemas organizativos eficientes.

Estas recomendaciones comprenden la parte técnica del proceso, y una serie de observaciones de índole tanto comportamental como actitudinal que asegurarán una participación efectiva del factor humano. De ese modo, como se apuntó anteriormente, estos enfoques suponen que la realidad puede ser programada y la gestión de calidad consiste en una serie de acciones por realizar en la esfera o dimensión técnica-operativa (fabricación del bien o servicio), así como de una sucesión de comportamientos y actitudes que son necesarios promover y

<sup>72</sup> Autores como Deming, Juran y Crosby son más claros que Feigenbaum e Ishikawa, en términos de que los primeros ofrecen preceptos más generales y directrices de actuación para los managers en tanto los segundos ofrecen una lectura más técnica del proceso mismo de la producción de la calidad.

fortalecer en el factor humano para afianzar el cambio organizacional que supone una gestión de esta naturaleza. El argumento racional que se invoca re-establece el orden a los problemas de organización y producción, reduciendo a su vez la complejidad organizacional con lo que el *management* o gestión se traduce entonces en simples operaciones de diagnóstico y de organización de la producción, ofreciendo así soluciones precisas y fáciles para quienes controlan los procesos (Kelemen 2003). Así, a pesar de ciertas variaciones del sistema (máquina u organismo), el control es posible bajo la conducción del gestor o *manager*.

De este modo se tiene que la calidad se alcanza a partir del cumplimiento de las admoniciones auto-disciplinantes que propone Deming en sus catorce puntos (Steingard y Fitzgibbons, 1993), o bien en los catorce pasos que destaca Crosby (1979). Si bien como arriba apuntábamos, existen propuestas más acabadas en la naturaleza técnica-operativa de la calidad (Juran y Feigenbaum), también es cierto que en todas ellas se destaca la dimensión humana como mecanismo para detonar el cambio. Así tenemos que el mismo Feigenbaum, de presentar una propuesta mayormente técnica en su obra original de los años cincuenta del siglo pasado [Feigenbaum (1953), citado en Kelemen, (2003)], añade en una posterior reedición en 1983, diez referentes para el éxito de la calidad total adoptando para ello un estilo de exposición similar a los catorce principios de Deming o a los pasos propuestos por Crosby. En estos nuevos referentes encontramos ahora consideraciones que ubican a la calidad como: un modo de gestión y una ética particular, se le entiende también como aquello que establecen los clientes, o bien que la calidad requiere para su logro tanto de un *fanatismo* individual como de uno por parte del equipo de trabajo [Feigenbaum 1983, en Kelemen, 2003:30 (cursivas mías)].

Este re-conocimiento de la dimensión humana en términos de: a) un entusiasmo exacerbado de la o las personas (fanatismo es el término empleado por el propio Feigenbaum), exhibido como requerimiento para una producción de bienes y servicios de calidad; b) la importancia prestada a la modificación actitudinal de los empleados (Principio 12 de Deming: Promover el orgullo en el trabajador); y c) el estilo de liderazgo que debe ejercer la alta gerencia (Principio 8 de Deming: Promover una dirección que no infunda temor), confirma entre otros aspectos, la naturaleza socialmente construida de la calidad (Kelemen 2003).

En este contexto se tiene que la calidad no sólo está depositada en el objeto o bien producido de acuerdo a ciertas especificaciones (siguiendo los argumentos de los gurúes de la calidad), sino que desde otra óptica (el socioconstructivismo), reside también en el valor que le es otorgado por quienes la promueven y

celebran tanto al interior de la organización como en la sociedad misma: figuras de autoridad en la esfera laboral, económica o social. Un papel destacado lo juegan también las entidades certificadoras de la calidad, encargadas de otorgar una constancia pública de adhesión y observancia de los procesos en la producción de bienes y servicios. Es decir los productos no son inherentemente buenos o de calidad, más bien están determinados por la adjudicación de valor que se realice y la aceptación consecuente que se les tenga, la cual está en función también del público consumidor (socialmente influida).

En esa perspectiva, el propio Deming [(1986), citado en Wilkinson y Willmott, 1995b:3], ubica el valor relativo de la calidad de los productos o servicios en función del mercado a quienes va dirigido: un cadillac será de calidad para quienes consumen un automóvil de esta características, un auto económico será de calidad para el nivel de desempeño exigido por su público consumidor. Por tanto aún el económico es de calidad aún cuando sea de características inferiores a las de uno de lujo. He aquí como el significado de la calidad es resultado de la interdependencia de los factores de mercado, las características del producto y el valor social adjudicado a los bienes y servicios.

La gestión de calidad entonces está lejos de cuantificarse y programarse considerando sólo las características de los bienes o servicios, asumiendo valores objetivos y neutros en el sentido de reflejar la realidad tal cual es. Debe ser más bien apreciada como un proceso colectivo, de carácter político, que se desarrolla tanto al interior como al exterior de las organizaciones, en el cual participan diversos actores sociales, en donde juega un papel preponderante los conceptos y calificaciones adjudicadas y validadas socialmente así como las relaciones de poder existentes al interior de la organización y de la sociedad misma (Kelemen 2003). Se tiene entonces que la determinación de la calidad está dada, como se mencionó, por los desarrolladores de los productos, por el *management*, por el mercado, y poco en realidad se considera la participación de los trabajadores en su definición y confección final, en tanto es limitada su participación e injerencia en la toma de decisiones estratégicas de la organización.

En ese sentido, la gestión de calidad que asume valores científicos de neutralidad y objetividad así como de una participación activa de todos los que integran la organización, resulta a la luz de un primer análisis crítico sumamente cuestionable en tanto se devela la naturaleza socialmente construida del concepto y las relaciones de poder implícitas que lo sustentan. Relaciones en donde los empleados carecen de voz o bien esta es sólo utilizada en la medida

que contribuya al proceso mismo de gestión de la calidad impuesto o dictado desde el *management*.

Evidentemente un enfoque de análisis crítico, resulta poco práctico en el sentido estricto de cumplir con el objetivo primordial de la eficacia organizacional: mejorar los resultados o el desempeño; pero como se advirtió de inicio, este trabajo apunta a destacar la percepción que de la calidad se tiene más allá de la consabida y celebrada utilidad práctica como estrategia de mejora puesta en marcha por la dirección de las organizaciones. Es decir, se abandona el estudio de lo organizado desde una sola mirada: la gestión convencional y atender solamente las voces de los *managers* y del mercado, para escuchar otras voces alterenas. Estas concepciones diferentes provienen tanto de un cierto sector de la academia misma (los denominados por algunos como *critters*<sup>73</sup>), como de los actores que la experimentan.

Se tiene así que la noción de calidad, como anteriormente se apuntó, no sólo se encuentra en los productos o las características que los distinguen de otros, también reside en los eslóganes, y discursos que conceden importancia a la calidad misma, en el reconocimiento social que se le adjudica en términos de un mejor posicionamiento en el mercado y la supervivencia mercantil en términos de competitividad de los productos y servicios. Estrechamente vinculada a la calidad se ubica la noción de excelencia tanto en el trabajo como en la vida misma de las personas (Peters y Waterman, 1982), la cual se convierte en una forma de vida y comportamiento laboral que se corresponde con las principales prescripciones que en materia de comportamiento humano proponen la GTC: asumir retos laborales que impliquen una entrega total hacia el trabajo (establecimiento de un compromiso personal o grupal con la organización), la generación de un orgullo laboral en los trabajadores y el fomento por parte de la alta dirección de un liderazgo que inspire confianza. La promoción de estos aspectos reditúa dividendos a la organización (logro de eficiencia en la producción), y pretende beneficiar a las personas mismas transformándose ahora en trabajadores de excelencia en tanto colaboran en organizaciones de calidad. Esta promesa es incumplida si atendemos los costos que este movimiento genera en términos de la percepción que el trabajador tiene de estos arreglos organizacionales: considerándolos más bien como estrategias para el recorte de personal (Storey, 1992), o el desgaste o agotamiento psíquico que pueden padecer quienes se enrolan en la búsqueda de la excelencia (Aubert y Gaulejac, 1991).

---

<sup>73</sup> Denominación en inglés (*critters*) que se le adjudica a los estudiosos de las organizaciones particularmente ingleses, que han optado por una línea de pensamiento crítica (Ibarra-Colado, 2008; Ramírez, 2004).

Esta vinculación estrecha entre la calidad y la excelencia en términos de lenguaje, lleva a ubicarlas en cierto sentido como meras expresiones que remiten a lugares comunes: aseveraciones que no conducen a ningún sitio o concepto en particular y con las que difícilmente puede estarse en desacuerdo, en tanto persiste la idea de que la calidad es inherentemente buena y ofrece beneficios a la organización, a sus trabajadores e incluso a la sociedad misma, receptora última de los bienes y servicios así producidos. De este modo no hay escapatoria alguna para no unirse o estar de acuerdo con su utilización en la organización y sociedad misma. Kelemen (2003), apunta que el empleo reiterado del término calidad como eslogan remite a un sentido de unidad ilusorio, en la medida que constituye un elemento o aspecto común en los que todos coinciden pero que en lo particular, adquiere significados diferentes no siempre coincidentes con la intencionalidad que originalmente se propone.

Esta diferencia de significados entre los integrantes de la organización conlleva a destacar la existencia de diferentes grupos al interior de la misma, al respecto de nueva cuenta se retoma para el presente estudio, el trabajo de metáforas organizacionales de Gareth Morgan, específicamente la cultural y la política (Morgan, 1986), las cuales permiten ilustrar de manera alterna la gestión de la calidad en las organizaciones.

La metáfora cultural visualiza las organizaciones como redes humanas con significados compartidos, en donde los aspectos informales y simbólicos de la organización constituyen los elementos estructurantes (Morgan, 1986); así tenemos que bajo esta óptica el lenguaje utilizado, las historias, los mitos, y los rituales de los actores son ahora considerados como variables importantes en el proceso de estructuración de la organización misma y de sus resultados. Desde una visión de ciencia normal de lo organizado estas variables pueden moldearse desde la alta gerencia con objeto de alcanzar la pretendida unidad invocada por la calidad. Un ejemplo de cultura organizacional vinculado con la calidad, es el movimiento de excelencia ya referido (Peters y Waterman, 1982), que aspira a homogeneizar o uniformar el significado de la calidad en los integrantes de la entidad laboral, pero ahora respecto a la oportunidad que se les da en términos de enriquecer su existencia misma, a partir de participar y formar parte de ella. Aún cuando no se tenga conocimiento bien a bien lo que eso pueda significar, como ya se comentó con anterioridad.

La gestión de la calidad total se inscribe como cultura organizacional cuando se busca, desde el *management*, inspirar el proceder de todos sus integrantes; modificando con ello el comportamiento y actitudes de los miembros basándose en figuras míticas o en sus grandes fundadores y en sus respectivas historias

organizacionales que magnifican hechos o acciones claves que propiciaron el desarrollo de la entidad misma. Se exaltan igualmente aquellos valores que promuevan el servicio a los clientes y fortalecen una filosofía de mejora continua. La metáfora cultural destaca la importancia de la dimensión grupal humana en la organización; sin embargo, como advierten algunos autores, la organización no sólo tiene cultura a manera de poder adjudicársele una u otra a voluntad de quien las dirige o gestiona; por el contrario la organización es propiamente cultura, independientemente de los esfuerzos *manageriales* por inscribirle una en particular (Smircich, 1983; Meek, 1988). De tal modo tenemos que si bien hay esfuerzos por homogeneizar lo cultural en la organización, sea mediante cultura de la excelencia o calidad total, se reconocen también la existencia de proyectos culturales diversos, que por sus características y orientación pueden ser diferentes o incluso antagónicos al promovido y validado desde la esfera del *management* (Martin, 1992; Martin y Frost, 1996). Es posible ubicar entonces al interior de una misma organización, la generación y consecuente presencia de diversas subculturas organizacionales, que compartiendo valores o ideas fundamentales, pueden diferir en aspectos particulares, sean técnicos o de enfoque (Trice, 1993).

Un común denominador en la ciencia normal de lo organizado es la idea persistente de concebir una unidad natural en quienes conforman la organización y la disposición inequívoca de todos sus miembros a cooperar con las iniciativas de la gerencia o management. Una mirada alternativa puede ser comprendida a partir de concebir la GCT como un proyecto más de cultura organizacional, no siempre homogéneo ni integrador (Martin 1992; Martin y Frost, 1996), sino como uno que es generado e impuesto desde la alta gerencia, en el cual es factible encontrar manifestaciones y acciones de resistencia por parte de ciertos sectores de la comunidad laboral quienes manifiestan así el rechazo y oposición hacia la pretendida homogenización.

En ese sentido y siguiendo con la conceptualización de ubicar al fenómeno organizado en términos de metáforas, toca su turno ahora a la dimensión de cambio y política en las organizaciones (Morgan, 1986). Así tenemos que la GCT puede ubicársele como un modelo de gestión de cambio y transformación organizacional que no está exento de tropiezos, en tanto que el cambio no puede ser gestionado sin considerar la dimensión política tanto de los propios actores como de la organización misma.

Desde la metáfora política (Morgan, 1986) las organizaciones están conformadas por coaliciones que tienen diferentes intereses y aspiraciones, las cuales no son siempre coincidentes entre sí, por lo que es común la presencia de conflictos de

interés así como la existencia de diversas formas o mecanismos de resolución. De este modo, a partir de la metáfora política la GCT puede entenderse como un enfoque particular de gestión, promovido por la gerencia y los especialistas de calidad, que busca la producción eficiente de bienes y servicios con características particulares para asegurar una posición competitiva en el mercado, adoptando y difundiendo formas de trabajo específicas que demandan tanto el compromiso laboral como personal de los trabajadores. En la consecución de tales propósitos se advierte la presencia de conflictos en la medida que se privilegian ciertos intereses marginando otros, de este modo la GCT no implica una mejora salarial para toda la comunidad laboral, particularmente la base trabajadora, tampoco la permanencia en el trabajo o la posibilidad de mejorar su posición en la organización. Este aspecto puede parecer extraño o poco relevante desde una ciencia normal de lo organizado, en virtud de que se da por sentado que la GCT es benéfica y universalmente válida, aquella en donde los integrantes de la organización antepondrán, sin problema alguno, los intereses organizacionales a costa de los propios (De Cock y Hipkin; 1997; Wilkinson y Willmott, 1995b; Kelemen, 2003).

Estos comentarios han servido para hacer explícita las diversas ópticas con las que puede apreciarse la GCT además de la que propiamente se promociona y difunde en tanto inscrita en un conocimiento normal de lo organizado. Con respecto a la intención no *managerial* del análisis presentado, diversos son los autores que desde una perspectiva de los Estudios Críticos de Gestión han sometido a escrutinio la propuesta de la GCT en las organizaciones (Kelemen, 2003; Steingard y Fitzgibbons, 1993; Boje y Winsor, 1993; Willmott, 1992; De Cock y Hipkin, 1997; Wilkinson y Willmott 1995a), sus marcos de referencia provienen de la teoría crítica y del análisis postmoderno organizacional que como se anotó son los principales marcos teóricos que caracterizan estos estudios. Enseguida se expone la GCT en términos de un análisis crítico y de uno posmoderno.

---

#### 4.8.1 ANÁLISIS CRÍTICO DE LA CALIDAD

---

La connotación que prevalece del término calidad en el ámbito de la gestión es de carácter positivo, es decir se le aprecia como un esfuerzo encomiable. Esta percepción generalizada es construida socialmente, en dónde se le adscribe a la calidad un carácter benéfico en tanto se le ubica como una estrategia que mejora el desempeño organizacional. De este modo se tiene que las tareas de gestión de la calidad son legítimas *per se* tanto para sus promotores, quienes desde la

academia misma (escuelas de negocios), y la alta dirección se encargarán de difundirlas (auxiliados por esa connotación social positiva que prevalece); como para quienes verán modificado su proceder laboral (las actividades cotidianas de trabajadores y empleados), con la adopción de un sistema de gestión con tales características. La legitimidad para los trabajadores está dada al formar parte o constituirse en miembros de organizaciones de clase mundial, de excelencia. Sin embargo, la mejora de calidad de los productos o servicios y la consecuente modificación de las prácticas de producción no significa necesariamente una mejora de las condiciones de trabajo ni una mejora en la organización del mismo.

En este sentido, en un sistema de gestión de calidad total persisten las jerarquías hacia el interior de la organización, y no obstante contar con estructuras menos verticales y rígidas, siguen permaneciendo las estructuras de propiedad así como los correspondientes mecanismos de vigilancia y control. Entonces ya no es sólo el departamento de planeación o de ingeniería, al estilo taylorista de principios de siglo XX, quien supervisa el desempeño laboral de los trabajadores, sino que también son ahora ellos mismos, en el marco del monitoreo permanente de los procesos organizacionales característicos de la GTC (la denominada autoregulación). De este modo el trabajador está atento al rendimiento no solamente del factor productivo, sino también al de su persona y al de terceros, sean estos compañeros o pares. Igualmente la toma de decisiones estratégicas corresponde a las mismas figuras de autoridad que en las modalidades de organización anteriores y continúa prevaleciendo una distribución desigual de los beneficios resultantes de su implantación (Wilkinson y Willmott, 1995b).

La forma en que se difunden los principios de la gestión de calidad, supone que todas las organizaciones son similares (industriales, de servicios, educativas, de salud), por lo que las recomendaciones, pasos, o principios serán igualmente aplicables, es decir se asume una universalidad de los principios de la gestión de calidad (Rees 1993, citado en Wilkinson y Willmott, 1995b). Asimismo las referencias al tema remiten siempre a los mismos autores de la escuela norteamericana y japonesa: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa (Martínez-Lorente, Dewhurst y Dale, 1998; Krüger, 2001; Suárez, 1997), cuya aportación reside en la descripción de la operación del funcionamiento de la gestión sin ahondar en discusión epistemológica y ontológica del tema, aspecto que no resulta extraño en tanto el conocimiento que se crea y re-crea en la gestión de calidad total es fundamentalmente uno de consecuencias prácticas como ya se anotó anteriormente.

A las observaciones de carácter crítico hacia la GTC: bondad inherente de la propuesta, inequidad en la distribución de los beneficios para el conjunto de los miembros de la organización, estructura organizacional similar a la convencional en tanto prevalece la verticalidad de ciertas estructuras y predominio de cadenas de mando particulares, universalidad de los principios del modelo de mejora y ausencia de discusión epistemológica, se añade otra más la cual supone que los cambios que esta estrategia organizacional establece (particularmente los nuevos métodos de organización del trabajo), serán aceptados sin mayor objeción por la comunidad laboral.

Tal aseveración no resulta del todo verdadera, en tanto se ha documentado un cierto grado de malestar y en ocasiones acciones de resistencia por parte del personal de la organización ante iniciativas de cambio promovidas por la calidad total (Kelemen, 1995, 2003; Rees, 2001; Storey, 1992; Thompson y Ackroyd, 1995). De este modo tenemos que aún bajo la operación de la GTC persisten conflictos por intereses fundamentales entre los diferentes grupos de actores: distribución desigual de los recursos, control sobre el proceso del trabajo concentrado en ciertos puestos y grupos así como una escasa o nula participación en las decisiones estratégicas de la organización.

La GTC demanda también una mayor participación y compromiso del personal que labora en la organización (Mercado 1991a, 1991b) destacando que su consecución no implica coerción alguna sobre el trabajador. Sin embargo, el tipo de control se ha modificado: si bien se ha dejado el control corporal característico de la administración científica (Ibarra y Montaña, 1987), este se ha trasladado ya no sólo a la realización de las metas o aspiraciones individuales mediante el desempeño laboral<sup>74</sup>, sino que incluso se han abandonado éstas en beneficio de la misión de la organización (Willmott 1992, 1993, 2003), con lo que la organización o empresa se convierte en la entidad estructurante de la vida misma de las personas (Aubert y Gaulejac, 1991).

Es de hacer notar que en este esquema de gestión, la responsabilidad última de su puesta en operación no puede atribuírsele a alguien en particular, y aunque si bien la dirección y sus representantes son sus principales promotores, se considera al mercado mismo y al poder de los consumidores como los instigadores principales de los cambios (Wilkinson y Willmott, 1995b). De tal modo que bajo este argumento, no queda más alternativa que la aceptación y la consecuente adaptación de la organización al nuevo contexto mundial, o bien

---

<sup>74</sup> La lógica subyacente al movimiento de las Nuevas Relaciones Humanas radicaba en que mediante un desempeño laboral óptimo se lograba la realización de las metas o aspiraciones individuales de la fuerza laboral, Cfr. Montaña (1991).

correr el riesgo de la pérdida de competitividad en el sector con la consabida desventaja en el posicionamiento del producto o servicio y la disminución por ende de fuentes de trabajo. En ese sentido pareciera no haber alternativa y la adopción del sistema de gestión de la calidad se convierte en única vía para afrontar a las fuerzas del mercado y la competencia.

Por último, desde la perspectiva de la GTC, las fallas de producción se deben a un inadecuado desarrollo de los sistemas técnicos (procesos), así como a una mala aplicación o desempeño del personal encargado de coordinar su implantación. Es decir el no lograr u obtener los resultados esperados obedece principalmente a una aplicación inadecuada de sistema o en todo caso a la incompetencia de los *managers* o responsables de su instrumentación: los propios trabajadores. La posible falla no corresponde entonces ni a las resistencias del personal ante los cambios generados, ni a conflictos grupales o de clase que puede generar el propio sistema de gestión o a la imposibilidad práctica de emplear el modelo, sino a la aplicación imperfecta de los principios de la mejora continua de la calidad.

El desarrollar un análisis crítico de la GTC ayuda a comprender los resultados que se obtienen con este esquema y permite incorporar también, como pauta de explicación de lo organizacional, el contexto político económico de la organización misma y de sus actores.

---

#### 4.8.2 ANÁLISIS POSMODERNO

---

Un análisis posmoderno del fenómeno organizado da por sentado la aceptación de la naturaleza ambigua e incluso paradójica de los fenómenos sociales, es decir, la perspectiva posmoderna no pretende descubrir ni dar cuenta de lo organizado en términos de un esquema racional de funcionamiento en tanto supone que lo que se denomina realidad son convenciones sociales sistemáticas que justifican y validan situaciones particulares más que verdades absolutas (De Cock, 1998). En ese sentido, un enfoque postmoderno permite re-pensar y articular de manera distinta las prácticas organizacionales como son las desarrolladas en la GTC.

Así, siguiendo la línea postmoderna se propone aquí desarrollar una des-naturalización o extrañamiento de las acciones o actividades que supone la operación de la GTC. En este análisis el papel que desempeña el lenguaje en la construcción de la realidad es central, por lo que ubicamos la gestión de la

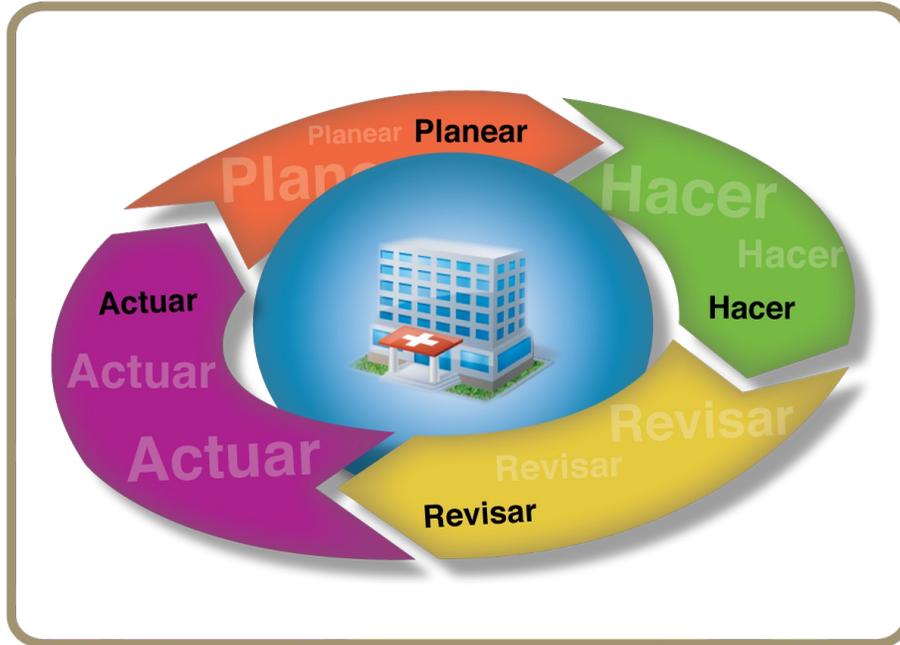
calidad desde un inicio, como una forma de discurso particular, que cobra sentido o no para los sujetos en contextos organizacionales específicos. De tal modo la GTC adquiere diversos significados en función de los actores mismos y de su ubicación al interior del fenómeno organizado; de ahí que las interpretaciones que aquí se configuren estarán sujetas a re-interpretaciones de diversos actores: la que corresponde a los propios protagonistas (sea en términos de quienes gestionan la organización o son gestionados por otros, es decir aquellos que se ostentan como *managers* y por otra parte los que son manejados o controlados por otros, los *managed*), la de quienes han abordado esta temática en el ámbito de la academia e investigación organizacional, así como también la de este autor, y por supuesto y no menos importante la del lector de este texto en particular. El objetivo entonces del análisis postmoderno de la calidad que aquí se realiza, tiene por objeto contribuir a otorgar un sentido alternativo a las grandes narrativas de la gestión de la calidad propias de una ciencia normal de lo organizado.

De este modo, un enfoque postmoderno expone los supuestos teóricos no reconocidos de la GTC. Desde este punto de vista un primer aspecto a resaltar es su connotación mecánica (Morgan, 1986): la aplicación de la mejora continua de procesos es representada mediante el ciclo Deming o gráfico de control de Shewhart-Deming (ver figura 4.3). El también llamado círculo de Deming representa gráficamente la estrategia de mejora continua de la [calidad](#) en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por [Walter A. Shewhart](#)<sup>75</sup>. Esta figura representa un ciclo interminable y utópico hacia el progreso, en una reiterada repetición de acciones hasta alcanzar el desempeño esperado: planear, hacer, revisar y actuar. La similitud con procesos maquinales, en donde es característico el funcionamiento u operación por ciclos, somete a los empleados a un monitoreo *permanente y continuo* de los procesos de trabajo con el propósito de *mejorar* el producto final. El esquema de mejora continua se aplica fundamentalmente a los procesos que tienen relación directa o indirecta en la consecución del producto o servicio final de la organización; sin embargo, no deja de resultar sorprendente que en este esquema de trabajo no se hable igualmente de una mejora continua de aquellos procesos que tienen que ver con el bienestar o apoyo a los trabajadores.

---

<sup>75</sup> Walter Andrew Shewhart fue un físico, ingeniero y estadístico estadounidense, conocido como el padre del control estadístico del proceso (CEP), quien laboró en la ya célebre Western Electrical Company en Hawthorne, Illinois, siendo el Dr. William Edwards Deming su jefe directo en la planta.

FIGURA 4.3 GRÁFICO DE CONTROL DE SHEWHART-DEMING



Elaboración del autor

Otro aspecto que es factible deconstruir son los elementos que conforman el acrónimo GTC (TQM), con el que se designa este método de trabajo o enfoque de dirección<sup>76</sup>. Así tenemos que la actividad fundamental que se promueve corresponde a una de gestión o *management*, la cual es desarrollada por un grupo específico de la comunidad que integra la organización: aquellos que están a la cabeza o tienen bajo su dirección el trabajo de otros. Cabe recordar aquí que el término con que inicialmente se denominó la GTC, fue con el de control total de calidad [TQC<sup>77</sup>] (Kelemen, 2003). La denominación gestión o *management*, propone incorporar a los administradores en la realización de labores que implican el control de las acciones, sean técnicas o no, del proceso de producción desarrollado por los diversos integrantes de la organización; con lo que la expresión *management* no hace sino extender la acción de control de la parte técnica hacia la tarea misma de organizar. Esta ampliación en el ámbito del control o gestión se ve reforzada por el adjetivo total que incorpora la designación de la calidad, el cual remite a que dicho control o gestión se ejerce sobre la totalidad de la organización: procesos y personas, aspirando así a una uniformidad completa, o bien como apunta Steingard y Fitzgibbons (1993) remite a una narrativa totalizadora que subordina y obliga por una parte al silencio de voces como la de los trabajadores, y por la otra privilegia la de los poderosos.

<sup>76</sup> Del inglés *Total Quality Management* (TQM).

<sup>77</sup> Del inglés *Total Quality Control* (TQC).

Por último, el término calidad se considera bajo la perspectiva del nivel de aceptación y satisfacción con el producto o servicio por parte de los consumidores, la cual incluso puede ser relativa en la medida que los estándares son fijados por los propios proveedores, con lo que la noción de satisfacción se reduce a una mínima concesión a los usuarios. Y qué decir de la calidad en términos de la aceptación o satisfacción en cuanto a los aspectos que incumben al trabajador que ahí participa: niveles altos de estrés, incertidumbre en la seguridad laboral, en la estabilidad financiera o bien una autonomía acotada en el centro de trabajo (Steingard y Fitzgibbons, 1993). Más aún, qué consideraciones se tienen con respecto a la calidad del medioambiente a partir de la producción industrial de bienes de clase mundial. En ese sentido la calidad es importante en la medida que esté relacionada directamente con los procesos sustantivos de la organización, con lo que se deja de lado la ecología y el bienestar de los trabajadores en tanto no están vinculados directamente con el resultado final.

En síntesis, el discurso y las prácticas asociadas a una gestión de calidad tal como se maneja en la literatura organizacional de corte convencional, remite a una serie de cuestionamientos cuando se le somete a una revisión desde los estudios críticos de gestión. La adopción de enfoques de calidad, en todas sus variantes, ha sido recurrente en las organizaciones dedicadas a proporcionar servicios de salud en nuestro país, particularmente adoptó un tinte empresarial durante el periodo 2001-2006. A pesar de contar con una documentación que sustenta y da marco a las acciones que se emprenden y campañas que las impulsan y promueven en el sector público (Secretaría de Salud, 2001, 2002a, 2007a, 2007b), persiste una ausencia de discusión en el plano de la pertinencia o no de estos enfoques y cierto desencanto ante los resultados poco satisfactorios que hasta la fecha se han obtenido (Olaiz et al., 2006; Secretaría de Salud 2007c).

Se presenta enseguida el enfoque metodológico de este estudio y la estrategia de investigación que se adoptó para dar respuesta a la pregunta de investigación propuesta: ¿Cuál es la percepción del personal médico respecto al programa de calidad denominado cruzada instrumentado en su hospital? ¿Qué les significa y como afecta su quehacer como médicos?

## 5. ENFOQUE METODOLÓGICO Y ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

---

### 5.1 PROPÓSITO

---

La presente investigación explora cuál es la percepción del personal médico respecto a la aplicación de un programa de mejora de calidad, en un hospital público de la república mexicana. El programa de mejora de calidad que se analiza se promovió en México bajo la denominación de Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, fue puesto en marcha durante la administración de gobierno 2001-2006, con base en el Programa Nacional de Salud de ese periodo (Secretaría de Salud, 2001, 2002a; 2006a y 2006b).

Para lograr este propósito, se realizó un estudio de caso con objeto de acercarnos al sentir de los médicos en términos de conocer cuál es su percepción sobre las iniciativas de mejora y la concepción particular que estos tienen de los términos calidad y satisfacción, nociones fundamentales de los programas instrumentados. Debido a la naturaleza del estudio y a su objetivo, se procedió a desarrollar la investigación desde un enfoque cualitativo, buscando con ello aprehender la percepción de un grupo de médicos que laboran en un hospital público de segundo nivel, localizado en la región centro del país. En este capítulo se describe el proceso de elaboración de la investigación destacando: la perspectiva de análisis que se adoptó en el presente estudio, la orientación metodológica consecuente, la estrategia de investigación, los métodos empleados, así como consideraciones finales respecto al proceso mismo de la investigación y el empleo de enfoques cualitativos en los estudios de organización.

### 5.2 PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS

---

Este estudio establece como punto de partida dos aspectos, por un lado el sentir de los actores institucionales de un hospital público (el grupo médico), en términos de su experiencia con programas de mejora de calidad como la Cruzada, aspecto que supone una perspectiva de análisis interpretativa. En tanto que por otra parte se plantea un análisis del programa de mejora de calidad en los servicios de salud y sus acciones, desde el enfoque de los estudios críticos de gestión. No obstante que ambas miradas tienen supuestos de base

diferentes: enfoque interpretativo y crítico (Burrell y Morgan, 1979; Larrinaga, 1999; Pérez, 1998), también es cierto que los fenómenos organizacionales en los que se participa como actores o estudiosos del tema, no pueden dejar de examinarse y analizarse por asumir posturas o paradigmas de análisis que nieguen la posibilidad de ser integrados unos con otros; máxime cuando existe posibilidad de diálogo entre estos enfoques. Al respecto Gloria Pérez apunta: "... conviene romper la rígida coraza de los paradigmas, descubrir cómo algunos de sus elementos pueden conjugarse y ayudarse mutuamente en investigaciones concretas" (1998:41); de este modo la articulación que aquí se realiza entre el análisis de las conversaciones sostenidas con el grupo médico y el estudio crítico de la propuesta de mejora de calidad ya mencionada, busca fortalecer y validar a un mismo tiempo el esquema conceptual de base que se utilizó: los Estudios Críticos de Gestión.

No se está adoptando una posición paradigmáticamente incompatible: la integración de un re-cuento o interpretación de cierta realidad develada por los actores analizada desde una óptica crítica, permite describir y configurar una apreciación del objeto de estudio con mayores elementos para su análisis. En el caso aquí expuesto se considera la percepción expresada por un grupo de médicos ante la puesta en marcha y operación de un programa de mejora bajo una mirada crítica que la re-interpreta y enriquece, y no una completamente subjetiva que niegue la vinculación de lo social/cultural sobre los esquemas personales y profesionales de los entrevistados o aquella otra que llegue al extremo de cosificar, y por ende cancelar, alguna posibilidad de acción y modificación de estructuras sociales por parte de las personas, sea de manera individual o grupal. Es bien sabido que esta manera de investigar e interpretar la realidad no está exenta de sesgos; en este sentido se reconocen y asumen los que hubiera en cuanto a la propia selección, planteamiento de las preguntas de investigación, tratamiento del tema mismo, además de la influencia que puede tener la formación académica y planteamientos teóricos organizacionales predilectos del autor. Bajo estas premisas, se apuesta por describir y explicar la realidad que se investiga exponiendo cuan complejo y enriquecedor puede resultar lo que las personas piensan y sienten bajo ciertos contextos y situaciones específicas comprendidas al amparo de un esquema de análisis crítico. En síntesis, se desarrolla y describe aquí un estudio interpretativo y crítico, más que uno de naturaleza objetiva, propio de un enfoque positivo.

Las dimensión objetiva y subjetiva de las ciencias sociales, que puede marcar y definir la diferencia entre un enfoque crítico convencional u ortodoxo y una aproximación más atemperada, en lugar de ser caracterizadas aquí como entidades o mundos distintos, pueden ser representadas ambas en términos de

un continuo, que va de lo subjetivo a objetivo o viceversa; con lo que la expresión de los actores no es dominio sólo de un enfoque totalmente interpretativo en tanto está determinado también por estructuras sociales y en contraparte, las así denominadas estructuras económicas y sociales no son totalmente objetivas, impermeables a su transformación, debido a que son construidas socialmente y su significado les es otorgado por los actores mismos (Pérez, 1998). De ahí que la confluencia de perspectivas o miradas enriquece el objeto de estudio y promueve la comprensión de la realidad.

Bajo el enfoque interpretativo, el mundo o aquello que consideramos como realidad se aprecia e investiga entendiendo los fenómenos humanos, sociales y organizacionales, a partir del significado que los propios actores le adjudican. En ese sentido, la tradición interpretativa descarta la posibilidad de un conocimiento objetivo a la manera de un enfoque positivo o de una ciencia normal de lo organizado, buscando en su lugar una comprensión de los fenómenos que aunque relativa, es compartida por un conjunto de personas o comunidad social específica, enmarcada en un contexto cultural particular (Orlikowski y Baroudi, 1991). Así tenemos que la percepción particular de los médicos, es interpretada bajo un esquema de análisis que pone de manifiesto la naturaleza específica de este estudio: un carácter no performativo (Fournier y Grey, 2000; Ramírez, 2004). Es decir, se atiende el fenómeno organizado de interés: la preocupación por la calidad de los servicios de salud y las estrategias manageriales para su gestión desde el punto de vista de los médicos, como objeto de estudio en sí mismo.

La atención no está centrada en la búsqueda o ratificación del mejor método o de la estrategia más idónea -eficiente- para la mejora de los servicios de salud, sino en la interpretación que ofrecen los mismos actores respecto a un programa de calidad, empleando para ello el marco analítico que ofrecen los estudios críticos de gestión. Se intuía desde un principio que tanto el análisis documental como la propia investigación de campo, no sería tarea sencilla en la medida en que difícilmente la información y su análisis serían uniformes, secuenciados y con revelaciones paulatinas conforme se iba descubriendo la realidad bajo estudio. En ese sentido, la pesquisa fue un proceso de un ir y venir continuo, no sólo entre la información recabada durante la investigación (entrevistas), y la literatura revisada (académica y documentación oficial del programa), sino al atender también las experiencias vividas como usuario de los servicios de salud públicos: en condición de familiar de pacientes internados o como solicitante de atención médica. Cabe señalar igualmente la participación del autor como consultor y promotor en algún momento, de esquemas de mejora de calidad en el ámbito de empresas e instituciones de servicio. Estos aspectos en su

conjunto, además del marco analítico seleccionado (ECG), orientaron el quehacer que se describe en este apartado.

En el capítulo precedente se mencionaron los diversos paradigmas de investigación para el estudio de las organizaciones, compilados en el esquema desarrollado por Burrell y Morgan (1979). Se destaca enseguida los elementos ontológicos, epistemológicos y de relación entre la teoría y la práctica que corresponden a los enfoques de nuestra investigación (interpretativo y crítico), los cuales son acordes con la orientación metodológica cualitativa. Este estudio se apoya en el conjunto de las premisas que cada enfoque propone y que configuran la manera de ver e investigar el mundo (Burrell y Morgan, 1979; Cebotarev, 2003; Chua, 1986; Orlikowski y Baroudi, 1991).

---

### 5.2.1 ENFOQUE POSITIVISTA

---

La exposición de estos aspectos estaría incompleta si no se mencionan, a manera de contraste, los supuestos que subyacen al enfoque predominante en los estudios de organización convencionales, la aproximación positivista. De este modo se tiene que bajo esta perspectiva lo social es entendido como una realidad concreta y empírica que es independiente, anterior y externa al conocimiento del sujeto (ontología realista). La acción del sujeto se concibe a través de una racionalidad particularmente económica, en donde los individuos se comportan de manera oportunista.

La ontología realista de este enfoque: realidad objetiva y externa al sujeto, determina el cómo se conoce; de este modo el conocimiento se adquiere mediante la observación de los datos, ya sea de manera directa, perceptible por los sentidos, o mediante variables indirectas que incidan en un crecimiento, decremento o algún cambio de magnitud susceptible de cuantificarse. Así tenemos que el método empleado en la epistemología positiva corresponde al de las ciencias naturales. Su propósito fundamental es explicar el funcionamiento de las entidades organizacionales, atender sus disfuncionalidades (resolución de problemas), y en todo caso anticipar y prescribir la mejor manera de realizar los ajustes pertinentes para optimizar su desarrollo: re-estructuraciones, mejoras o promoción de una cultura organizacional corporativa *ad-hoc*. La metodología utilizada resulta ser de orden cuantitativo, en donde se precisa una cuidadosa definición de variables, representatividad de la muestra seleccionada y un diseño de investigación que permita validar la estrategia seleccionada, pues se busca sobre todo la generalización de los hallazgos y la proposición de conocimientos

prácticos, susceptibles de aplicarse en el corto plazo hacia la población misma (otras organizaciones). De este modo se utilizan procedimientos particulares para la recolección de datos y el tratamiento estadístico de sus resultados. En síntesis este enfoque de investigación supone la existencia de leyes naturales que gobiernan los fenómenos sociales y su descubrimiento permitirá a los estudiosos describirlos, predecirlos y controlarlos.

---

### 5.2.2 ENFOQUE INTERPRETATIVO

---

Por otra parte, la investigación interpretativa no tiene como propósito la solución de problemas, su intencionalidad se enfoca más al conocimiento de la naturaleza u objeto bajo estudio: la realidad social (en este caso la organizacional), la cual es una construcción humana y como tal sólo puede comprenderse acudiendo a la interpretación que ofrezcan sus actores. En ese sentido, la ontología se ubica como subjetiva, en donde la acción humana tiene significados e intenciones generadas histórica y socialmente. En cuanto a su epistemología, el conocimiento se genera estudiando no el objeto mismo: la organización (sus estructuras, sus resultados), sino en función de los significados que para los sujetos-actores de la realidad social bajo estudio, tienen los procesos organizacionales que suceden a su interior: (Guba y Lincoln, 1994; Larrinaga, 1999).

Estos procesos organizacionales no tienen un significado objetivo (anterior, independiente y externo al sujeto), son por el contrario resultado de la interacción social, y en consecuencia son manejados y modificados mediante procesos interpretativos de los actores ¿Cómo entender el mundo desde esta perspectiva? Mediante la comprensión de las personas, es decir atendiendo las interpretaciones que ellos mismos ofrecen. En ese sentido, la manera de aproximarnos al objeto de conocimiento son los actores mismos, a través del lenguaje y la conversación, ámbitos de la realidad humana susceptibles de aprehensión mediante un enfoque metodológico cualitativo, el cual se aborda más adelante en este mismo capítulo.

---

### 5.2.3 ENFOQUE CRÍTICO

---

La perspectiva crítica en el estudio de las organizaciones está interesada por el cambio, los conflictos, y las inequidades sociales, presupone que en el mundo existe una desigualdad estructural que se reproduce generación tras generación, dando lugar a un conflicto de clases. En este enfoque los investigadores asumen una postura particular frente al objeto de estudio, toman partido y comparten una responsabilidad en la promoción de cambios sociales (a diferencia de la neutralidad manifiesta del enfoque positivo). Asimismo el enfoque crítico realiza sus análisis y observaciones desde un aparato teórico previamente planteado, al cual por ejemplo renuncia el enfoque interpretativo al atender primordialmente la perspectiva de los actores. Una diferencia entre ambos enfoques radica en que si bien los estudios interpretativos son radicalmente subjetivistas, el enfoque crítico se ubica en ambos puntos: subjetivista y objetivo, en tanto presupone por un lado una realidad histórica configurada social, política, cultural y económicamente que se puede objetivar, y por el otro que dicha realidad es resultado de un proceso social susceptible de modificarse por los actores mismos (Cebotarev, 2003; Comstock, 1982; Guba y Lincoln, 1994; Larrinaga, 1999). Esta realidad social es asequible mediante un enfoque metodológico cualitativo.

En el cuadro 5.1 se presentan los supuestos básicos de cada una de las perspectivas de análisis aquí abordadas: positivismo, interpretativismo y orientación crítica. En donde se destaca con respecto a los enfoques aquí adoptados, que:

- Desde una perspectiva interpretativa se toma como punto de partida que son las personas quienes crean sus propios significados tanto personales e intersubjetivos en la medida que interactúan con otros: sociedad o medioambiente.
- Se rechaza la posibilidad de un recuento objetivo de las cosas y de situaciones sociales particulares, buscando más bien un entendimiento y comprensión relativista de los fenómenos, la cual puede ser compartida o no, por otros miembros de la comunidad.
- No busca generalizar situaciones o hallazgos encontrados en situaciones particulares o micro, para explicar o dar cuenta de lo que ahí ocurre a una población o en una escala mayor. Su propósito es comprender el

fenómeno a profundidad, con lo que se tendrán elementos para considerar o dar cuenta del fenómeno en otros ámbitos.

CUADRO 5.1 PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS, SUPUESTOS BÁSICOS

Creencias acerca de...	Positivismo	Interpretativismo	Teoría crítica
<b>Fenómeno u objeto de estudio (ontología)</b>	Ontología realista:  Realidad objetiva Sujeto que conoce y una realidad externa, objeto de conocimiento.  La realidad se descubre.	Ontología subjetiva  Realidad es una construcción social  La realidad social se construye a partir de interacciones sociales.  La realidad se interpreta.	Realismo histórico, la realidad social está históricamente constituida.  La realidad social es producida y reproducida por los grupos humanos; pero no es estable y ordenada, está en constante cambio; prevalecen conflictos y contradicciones.  La capacidad de cambio está limitada porque los seres humanos están alienados por el sistema económico, político y cultural predominante.
<b>Del conocimiento válido (epistemología)</b>	Comprobación empírica de las teorías (deducciones hipotéticas)	Los procesos de comprensión social requieren incorporarse al mundo social que lo genera, es decir a las personas mismas.	El conocimiento está fundamentado en las prácticas sociales e históricas que prevalecen en los grupos sociales.
<b>Acción humana</b>	Acción humana es racional e intencional	Acción simbólica.  Describir, interpretar, analizar y comprender el mundo social desde la perspectiva de los participantes	El enfoque crítico constituye una guía para la acción. Al confrontar lo ideal con la evidencia empírica actual, se crean comprensiones correctivas del mundo. Permite transformar al individuo y sus nociones de realidad, habilitándolos para transformar el mundo.
<b>Qué métodos y técnicas se consideran apropiadas para reunir evidencia empírica válida (metodología)</b>	Experimentales, verificación de hipótesis, cuantificación del objeto de conocimiento.	Método hermenéutico.  Estudios de campo en ámbitos sociales	Se emplean estudios longitudinales de procesos y prácticas organizacionales particulares. La interpretación de los actores no es suficiente, las condiciones materiales de dominación deben ser analizadas críticamente en el marco de un esquema conceptual teórico: pensamiento crítico.
<b>Relación entre teoría y práctica</b>	Utilitaria, técnica. Neutralidad del científico	Comprensión del fenómeno.  No hay neutralidad ideológica.  El investigador implicado en el objeto de conocimiento	Papel del científico social es hacer consciente en los demás las condiciones restrictivas del <i>status quo</i> , promover el cambio y contribuir a eliminar la alienación prevaleciente.

Elaboración del autor: Fuente: Larrinaga, 1999; Guba y Lincoln, 1994; Chua, 1986; Orlikowski y Baroudi, 1991; Cebotarev, 2003.

- Ubicado así en una perspectiva no determinista, la intención del enfoque interpretativo es la comprensión del fenómeno examinado en su ámbito natural (contexto y situación cultural en donde ocurre: investigación naturalista), y desde la perspectiva de sus actores (los participantes). Se pretende entonces no imponer apriori los criterios que el investigador trae consigo o desde una visión particular (Orlikowski y Baroudi, 1991).
- Tal como lo indica su denominación, el enfoque crítico establece una crítica al *status quo* predominante. Un análisis desde este enfoque busca exponer o hacer evidente en un primer plano, aquello que se considera son las contradicciones estructurales del sistema social.
- Esto significa, en el estudio del fenómeno organizado, asumir una posición crítica hacia aquellos aspectos que se consideran naturales o comunes en el funcionamiento de las organizaciones: una ejecución ordenada y estructurada respecto a la misión o tarea particular que ahí se realiza; o bien la visión de un comportamiento organizacional homogéneo entre los diversos actores que participan, en donde la presencia de conflictos se suele ubicar simplemente como disfunciones susceptibles de corregirse mediante técnicas gerenciales.
- En ese sentido mediante un análisis dialéctico, característico de este enfoque, se intenta develar la naturaleza histórica, ideológica y contradictoria de las prácticas organizacionales existentes (Orlikowski y Baroudi, 1991).

### 5.3 ORIENTACIÓN METODOLÓGICA CUALITATIVA

---

Los principios que guiaron la investigación empírica que aquí se describe y que orientan el cómo se buscó dar respuesta a las interrogantes que plantea este trabajo corresponden a un estudio de carácter cualitativo. Enfoque que presupone realidades múltiples respecto al sujeto que conoce y al objeto de conocimiento en dónde ambos, interactúan y son inseparables.

Por metodología se entiende el enfoque bajo el cual se estudia un tema o problema de investigación con el propósito de generar conocimiento y darle respuesta, es decir constituye una manera de pensar y estudiar la realidad social (Taylor y Bogdan, 1984; Silverman, 1993; Strauss y Corbin 1998). La orientación

de este estudio es cualitativa, caracterizada por un acercamiento a la percepción y significados de los actores, es decir el énfasis radica en prestar atención a la perspectiva o visión del mundo de los entrevistados (Bryman, 1988), a explorar las experiencias de las personas en su vida cotidiana (Mayan, 2001); y a prestar atención a los procesos, los significados, las palabras y su conducta (Denzin y Lincoln, 1994; Taylor y Bogdan, 1984). Por tanto, el análisis cualitativo revela las historias o significados que atribuyen los actores mismos a los procesos bajo investigación, los cuales no son presentados en términos numéricos de cantidad, intensidad o frecuencia como sí lo haría una investigación de naturaleza cuantitativa. Un análisis cualitativo presenta entonces estas historias y significaciones a partir de la interpretación que sobre un fenómeno particular ofrecen los propios actores.

La interpretación que aquí se documenta representa la visión de los médicos entrevistados respecto a la percepción del programa de mejora y los conceptos que le acompañan (noción de calidad y de satisfacción), dicha interpretación es analizada bajo la perspectiva de los Estudios Críticos de Gestión. Es decir se retoma la percepción de un grupo de médicos, actores que resultan primordiales tanto para la organización (hospital), como para el propio desempeño del programa de calidad denominado Cruzada, que operaba en el momento de realizar las entrevistas. De este modo, en conjunto con estas voces, el estudio de la documentación existente y los resultados oficiales reportados, se constituye un esquema conceptual crítico que estructura y da sentido a la percepción o sentir de los profesionales médicos; permitiendo así la confección de análisis organizacionales alternos que permiten re-pensar las propuestas de mejora y los resultados que se obtienen con ellas.

---

### 5.3.1 LA TRADICIÓN CUALITATIVA EN LOS ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

---

Ahondar en la tradición cualitativa en los Estudio Organizacionales, nos obliga a reconocer que la aplicación de este enfoque, su aplicación, énfasis y significancia es muy variada: el común denominador de las investigaciones sobre *management* no hace referencia alguna de manera explícita a los métodos que se emplean, en tanto se da por descontado que su orientación es cuantitativa, situación que no debe extrañar en tanto que es el enfoque consecuente con una ciencia normal de lo organizado. De este modo se encuentran estudios orientados a la búsqueda de ventajas competitivas, financieras, de producto y de mercado con enfoques cuantitativos, o bien la instrumentación de las mejores formas para realizar o conducir cierto tipo de labor. Hay estudios con

acercamientos a componentes cualitativos como conflicto intragrupal, empoderamiento psicológico, conducta cooperativa en médicos; sin embargo, estos aspectos son planteados en términos de escalas de likert, traducidos en índices, o bien en correlaciones y sometidos a un tratamiento estadístico para fundamentar los hallazgos y derivar las conclusiones obtenidas (Jehn, 1995;; Spreitzer 1995; Dukerich et al., 2002).

No puede negarse que a pesar de esta situación predominante, hay una línea de trabajos acerca del fenómeno organizado desde enfoques cualitativos que ha venido fortaleciéndose desde fines de la década de los años setenta y principios de los años ochenta del siglo anterior. Así tenemos el trabajo pionero de John Van Mannen quien coordina un número especial de investigación cualitativa en organizaciones que conjunta trabajos en el tema, introduciendo así la pertinencia de la orientación cualitativa para el estudio del fenómeno organizado (Van Maanen, 1979). Cabe destacar también como estos estudios comenzaron a ser publicados en revistas académicas que por tradición se habían caracterizado por una línea de trabajo convencional: *Administrative Science Quarterly*, *Academy of Management Journal* (Biggart, 1977; Sutton y Rafaeli, 1988; Isabella, 1990).

---

#### 5.4 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

---

El definir qué tipo de información responde a las preguntas de investigación que se han planteado y cómo se va acceder a la misma constituye la estrategia de investigación (Denzin y Lincoln, 1994). De este modo, la estrategia permite tender un puente entre el problema de investigación y las actividades necesarias que el investigador debe llevar a cabo para su realización: la selección del caso particular, cómo se llegó a él, qué criterios se establecieron para ubicar a los participantes, qué información constituirá la materia de análisis del caso mismo y cómo se recolecta la información. En suma, la estrategia de investigación comprende dar cuenta de las técnicas de investigación empleadas y fundamentalmente, qué tratamiento se le va a dar a los datos obtenidos.

La estrategia de investigación propuesta para el desarrollo de la investigación fue el estudio de caso, que consiste en:

una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real (...), aborda situaciones técnicamente distintivas en las que hay mucho mas variables de interés que puntajes de datos, se basa en varias fuentes de evidencia y se beneficia de proposiciones

teóricas desarrolladas con anterioridad que guían la recolección y análisis de los datos (Yin, 2003:13).

Robert Yin (2003), así como otros investigadores sociales (Cresswell, 1994; Keen y Packwood, 1995), apuntan que los estudios de caso son pertinentes de efectuarse bajo tres condiciones: 1) tipo o naturaleza de la pregunta de investigación, 2) el grado de control del investigador sobre la conducta de los sujetos y 3) el tipo de fenómeno bajo estudio. Expliquemos cada uno de estos elementos en relación con el propósito de la investigación que aquí se presenta:

---

#### 5.4.1 TIPO DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

---

En los estudios de caso, como estrategia de investigación, regularmente se responde a preguntas del tipo “cómo” y “por qué”; este mismo tipo de cuestionamientos son también empleados en estudios de carácter exploratorio. Este trabajo de investigación recupera ambos aspectos en tanto que por un lado indaga sobre la percepción de los prestadores de servicios de salud, en términos de la experiencia vivida y el significado que le otorgan a los programas de mejora; y por el otro, contribuye al conocimiento de un aspecto que hasta la fecha ha sido poco estudiado<sup>78</sup>.

---

#### 5.4.2 CONTROL DEL INVESTIGADOR SOBRE LOS ASPECTOS COMPORTAMENTALES

---

En este estudio el investigador no tiene control ni pretende tenerlo sobre los participantes, ni tampoco sobre el cómo se desempeñan en sus labores; de ahí que para la presente investigación se haya optado por realizar entrevistas semi estructuradas al personal médico contactado y analizar la documentación oficial sobre la Cruzada, disponible en el sitio web de la Secretaría de Salud en el momento de realizar la investigación<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Existen estudios que indagan la experiencia de los usuarios con los servicios de salud, regularmente en términos del grado de satisfacción (Ortiz, Muñoz y Torres, 2004); sin embargo, son pocos los que indagan sobre la percepción de los prestadores y los que hay son realizados desde una mirada cuantitativa (Aguirre, 1990; Velarde, Priego y López, 2004). Pero más pocos aún son los que adoptan un enfoque cualitativo, presentando los datos en términos interpretativos. Excepciones son el trabajo de Learmonth (2005), para el sistema de salud inglés, en tanto que para el caso mexicano se cuenta con el estudio de Bronfman et al. (1997b).

<sup>79</sup> La dirección de la página web de la Secretaría de Salud en México es: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

---

### 5.4.3 LA CONTEMPORANEIDAD DEL FENÓMENO BAJO ESTUDIO

---

El objeto de estudio, la percepción particular del médico como tal, era contemporánea, es decir estaba ocurriendo en tiempo real al momento en que se desarrolló la investigación en su conjunto: el contacto inicial con la entidad organizativa y con los actores entrevistados sucedió cuando la campaña del programa de la Cruzada estaba vigente. De tal forma que en términos de las distintas connotaciones que pueden adjudicarse al verbo organizar como sustantivo, como cuerpo de conocimientos y como verbo (Clegg y Hardy, 1996a; Hosking y Fineman, 1990); podemos afirmar que la presente investigación se ubicó en esta última acepción (como verbo de acción). Es decir se llevó a cabo en el periodo que la campaña de la Cruzada por la Calidad se instrumentaba: el programa de mejora estaba ocurriendo, acaeciendo. Así, el interés de este estudio estuvo dirigido a la percepción de un proceso que estaba siendo experimentado por los actores médicos, que estaba en marcha y ocurriendo en ese momento: la adopción en su centro de trabajo, y por ende en el ámbito de su ejercicio profesional, de un programa de mejora de calidad<sup>80</sup>.

---

### 5.4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

---

Para el presente estudio la unidad de análisis corresponde a la percepción que manifiestan los médicos especialistas de un hospital público de segundo nivel con respecto a la campaña emprendida para elevar la calidad de los servicios de salud, así como un análisis crítico de la documentación oficial y pública del programa citado<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> La acepción del término organizar como fenómeno que está ocurriendo en el aquí y ahora, se describe mejor con el tiempo de conjugación en gerundio, terminación ando, endo y denota una acción; que no está definida ni por el tiempo, el modo, el número, ni la persona; así tenemos que las entrevistas se realizaron estando en vigor la campaña de la mejora de calidad. Es decir intentan capturar el organizándose que ocurrió durante la instrumentación de la cruzada. En inglés este concepto se expresa en términos del *organizing*, (en gerundio también), para denotar aquello que está ocurriendo.

<sup>81</sup> Campaña identificada como Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (Secretaría de Salud, 2001; 2002a).

## 5.5 ÉTICA

---

Los aspectos éticos son elementos que deben ser considerados no sólo en la planeación y puesta en marcha de la investigación sino también en el momento de reportar los hallazgos. Por tanto, en la presente investigación se consideraron dos aspectos relevantes: asegurar a los participantes el anonimato, la certeza de que la información compartida sólo sería accesible para el investigador, y principalmente su consentimiento para participar en este proyecto. Asimismo, se alertó a los médicos que podían retirarse de la investigación, en cualquier momento, si lo consideraban pertinente.

Aun cuando en este caso no se solicitó por escrito el consentimiento por parte de los entrevistados, ellos tuvieron la libertad de decidir no participar cuando se les contactó y explicó el motivo de la investigación. Su colaboración no estuvo condicionada a ningún evento o actividad, ni tampoco recibieron ninguna gratificación por su participación.

## 5.6 ENTRADA AL ESPACIO ORGANIZACIONAL

---

La búsqueda del caso resultó ser una mezcla tanto de esfuerzos expresamente promovidos y realizados así como de circunstancias fortuitas, que en su conjunto permitieron contactar con los médicos que trabajaban en ese nosocomio al momento de la investigación. Inicialmente se solicitó la entrada formal a un hospital público mediante la unidad administrativa que era responsable de la puesta en marcha y monitoreo de programas de calidad en la Secretaría de Salud del estado. La propuesta de investigación por realizar fue aceptada con la condición de considerar el estudio como un proyecto de investigación más de la misma oficina a quien se le hacía la petición, con el argumento de recibir en contraparte un pleno apoyo institucional y acceso libre a reuniones de evaluación del programa a nivel estatal. Este canal de acceso y la respuesta recibida se abandonó, en tanto si bien permitía un franco acercamiento a las personas y reuniones, esto se lograba a cambio de dejar el estudio en manos ajenas a su autor, poniendo en riesgo la identidad de informantes, la confidencialidad de la información y una posible utilización de los datos recabados sobre los cuales ya no se tendría control alguno.

Dada la naturaleza de las actividades profesionales del autor, en ese momento se mantenía relación con diversos profesionistas del área de la salud

(particularmente médicos) de varias instituciones públicas del estado, en donde a manera de conversaciones informales, se llegó a plantear la inquietud por conocer el punto de vista de ellos como trabajadores con respecto a la situación que guardaba el programa de la cruzada por elevar la calidad de los servicios de salud en su entidad laboral. Mediante estas primeras charlas informales se establecieron contactos subsecuentes que finalmente nos acercaron a médicos especialistas, empleados de un hospital público de segundo nivel, que permitieron ser entrevistados.

Las conversaciones se realizaron en todo momento en las instalaciones de trabajo de los entrevistados<sup>82</sup>, por lo que se pudo tener contacto con la dinámica que imperaba en el hospital: presencia en las salas de espera de los pacientes que aguardaban ser atendidos, en donde el autor también hacía antesala para realizar las entrevistas; acceso al hospital tanto por la entrada de personal así como por la de los pacientes que ingresaban para su hospitalización; asimismo se realizaron recorridos por pisos y oficinas diversas del sitio, en busca de la persona con quien se había hecho contacto para aplicar la entrevista. Cabe señalar que durante las entrevistas se presentaron algunas interrupciones, fundamentalmente por asuntos de trabajo, y por la misma razón en un par de ocasiones, se tuvo que dar por terminada, de manera intempestiva, la conversación en curso; sin embargo, fueron retomadas y finalizadas con posterioridad.

---

## 5.7 MÉTODOS

---

Las principales herramientas de investigación o métodos de recolección de información que se emplearon durante la realización de la presente investigación fueron entrevistas semi-estructuradas “cara a cara”, con el personal médico que laboraba en el momento del estudio en un hospital público, en el cual se aplicaba el programa de mejora mencionado. Los trabajos de investigación que han indagado la percepción del personal médico respecto al tema que nos ocupa, lo han hecho en términos del grado de satisfacción que se tiene con este tipo de acciones empleando para ello encuestas de opinión y enfatizando la dimensión cuantitativa de los resultados (Aguirre, 1990; Priego, Díaz y López, 2001; Velarde, Priego y López, 2004).

---

<sup>82</sup> Las entrevistas se efectuaron en el sitio de trabajo de las personas que participaron en el estudio, a excepción de un entrevistado quién ya no laboraba ahí, cuya conversación no obstante se realizó también en el marco de un ámbito médico: otro hospital público donde prestaba sus servicios al momento de realizar la entrevista.

Este estudio indagó explícitamente la percepción del prestador de servicios sobre el programa de calidad que estaba siendo instrumentado en su centro de trabajo (hospital), durante el tiempo que llevo a cabo esta investigación; Para lograrlo se conversó con un grupo de médicos respecto al significado de la calidad y de los programas institucionales como el de la cruzada, cómo repercuten en el desempeño de su labor, qué resultados se obtienen mediante este esquema de trabajo, así como la percepción generalizada del personal médico al respecto, es decir cuál es el sentir extendido entre los colegas médicos (lo que se comenta entre ellos a nivel informal en referencia al programa de mejora de calidad instrumentado). Finalmente se inquiría también acerca de su satisfacción respecto al programa de calidad.

---

### 5.7.1 ENTREVISTA

---

El método principal para contar con información de primera mano sobre la percepción que personal médico tenía del programa de mejora instrumentado, fue la realización de entrevistas. Se utilizó la denominada entrevista semi-estructurada para obtener la información requerida.

Levy y Hollan (1998) señalan que la entrevista semi-estructurada atrae el interés de informantes expertos en un tema en particular, motiva que los entrevistados profundicen en sus respuestas, y da pie a que emerja nueva información. La entrevista semi-estructurada recolecta datos de los individuos participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico (Mayan, 2001). En el presente estudio aun cuando se inició con una guía de entrevista, esto no fue una limitante para que los participantes abordaran nuevos aspectos que enriquecieron la visión del tema abordado. Los temas inicialmente contemplados se documentan en el cuadro 5.2

CUADRO 5.2 TEMAS INICIALMENTE CONSIDERADOS

Temas
1.1 ¿Qué es calidad?
1.2 Conocimiento de programas de calidad
1.3 Acciones de calidad en su hospital
2.1 Significado de calidad
2.2 Significado de calidad para los pares
2.3 Significado de calidad para otros
2.4 Significado de calidad para las autoridades
3.1 Propia participación
3.2 Participación de pares
3.3 Participación de las autoridades
3.4 Participación de otros
4.1 Significado programas de calidad
4.2 Significado programas de calidad de pares
4.3 Significado programas de calidad autoridades
5.1 Satisfacción usuario
5.2 Satisfacción médico
5.3 Satisfacción pares
5.4 Satisfacción otros
6.1 Percepción personal del hospital
6.2 Percepción del hospital pares
6.3 Percepción del hospital autoridades

### 5.7.2 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS DOCUMENTALES

En complemento a la información recabada en las entrevistas, se examinó información del programa de mejora mediante la recopilación y posterior análisis de documentación oficial y pública del Programa de la Cruzada por la Calidad (Secretaría de Salud, 2001, 2002a, 2006a, 2006b, 2007a, 2007b), que establecían la finalidad, estructura, acciones específicas y resultados del programa en cuestión.

La compilación de la información documental constituye una fuente importante de conocimiento del programa objeto de análisis (la cruzada), en tanto constituye un material crudo para ser examinado, tiene la virtud de que puede ser consultado una y otra vez (Yin, 2003); además presenta una visión particular de realidad, que en el caso de los materiales recopilados (particularmente la documentación que documenta la justificación, los objetivos y las acciones proyectadas) constituye una construcción de realidad, aquella que se quiere establecer con el cumplimiento del programa.

En ese sentido, se reconoce aquí la importancia que tiene no solo el lenguaje hablado, materia prima del análisis que aquí se presenta; sino también el texto escrito en tanto documenta una noción de realidad a la que se quiere arribar, su incorporación al análisis de lo organizado está plenamente justificado en dos líneas de conocimiento válidas en la comunidad de los estudiosos de las organizaciones: 1) la cultura organizacional y 2) los enfoques de construcción social de la realidad. En cuanto a la primera, se tiene que el lenguaje junto con el discurso, los textos, las historias, los símbolos y los artefactos constituyen repositorios que albergan cultura, más aún son productores mismos de cultura (Martin, 1992; Martin y Frost, 1996). En lo que respecta a la construcción social, los textos documentan una realidad particular, que si bien es sujeta a reinterpretaciones, modela también la percepción misma y otorga o da un sentido particular a la experiencia de lo sujetos. Los textos reflejan a su vez los sesgos de los autores que lo escribieron, el sector e intereses que representan y aquello que pueda interpretarse, tanto de lo que se dice como de lo que no se dice (Boje et al., 1996; Swanberg, 1995).

En síntesis los documentos recopilados sirvieron para ubicar al autor en la lógica y contexto de aplicación del programa, en cómo fue estructurada la campaña, sus antecedentes y principales promotores tanto en el mundo anglosajón (especialmente Inglaterra y Estados Unidos de América), como en México. De este modo la revisión a los textos, incluyendo la lectura de la bibliografía que documenta el enfoque adoptado y sustenta la investigación realizada, permite esclarecer las influencias teóricas y circunstancias contextuales de sus autores y promotores, así como también re-conocer las circunstancias del propio investigador quien en este caso realiza la interpretación. Se obtuvo y observó también material audiovisual que apoyó el citado programa, como lo son promocionales de radio y televisión que se difundieron mediáticamente durante el periodo en que estuvo vigente la campaña<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> En el sitio de internet de la Secretaría de Salud se colocaron para su descarga cápsulas radiofónicas y televisivas de la campaña de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, a saber:

Secretaría de Salud (2003). Diabetes. Cruzada Nacional por la Calidad (Video de 30 segundos). Consultado el 24/08/05, en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Secretaría de Salud (2003). Doctores. Cruzada Nacional por la Calidad (Video de 30 segundos). Consultado el 24/08/05, en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Existe un compilado de 10 promocionales de la campaña de la cruzada por la calidad (3 de TV y 7 de radio), disponible en: [http://www.youtube.com/watch?v=tl\\_9H7Kfhd0](http://www.youtube.com/watch?v=tl_9H7Kfhd0) Consultado el 10/01/2011.

## 5.8 SELECCIÓN DE LA ENTIDAD Y DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

---

El personal médico entrevistado laboraba, durante la realización del presente estudio, en un hospital público de segundo nivel dependiente directamente de la Secretaría de Salud estatal, está ubicado en la capital de un estado del centro del país; el hospital contaba con 26 años de funcionamiento en el periodo que se desarrollaron las entrevistas, se le considera como el más importante del estado en el renglón de prestación de servicios de salud asistenciales. El tipo de población que atiende es abierta, por lo que las personas que acuden a estos servicios no son derechohabientes del seguro social (IMSS), ni de entidades de seguridad social para los trabajadores al servicio del estado (ISSSTE).

En los estudios de naturaleza cuantitativa el criterio básico de selección de muestra es su representatividad con respecto a la población, por lo que el tamaño de la misma es también fundamental; sin embargo, en los estudios cualitativos el principio que se sigue remite para el caso que aquí se aborda a un muestreo teórico intencionado que sea correspondiente a los requerimientos informativos que demanda la investigación (Yin, 2003). Es decir, el muestreo se realiza con el propósito de comprender el fenómeno de interés que se plantea: la percepción que del programa de mejora expresan los profesionales médicos que laboran en el hospital seleccionado. En ese sentido, la selección de los entrevistados se llevo a cabo con base en la expresión potencial de información que pudiera ser revelada durante los encuentros precisamente con los médicos, en tanto son ellos los actores más representativos de los servicios de salud institucional. A este proceso particular de selección propositiva de personas e incidentes particulares de vida en periodos de tiempo particulares, se le ha denominado muestreo teórico (Patton, 2001).

---

### 5.8.1 MUESTREO

---

De este modo, el estudio utilizó además dos variedades de muestreo, en un primer momento se considero el muestreo propositivo o intencional (Mayan, 2001; Patton 2001), que nos llevó a ubicar informantes clave en la organización de salud (jefes de servicio, médicos adscritos), su selección fue realizada porque era personal que estaba directamente involucrado con el desarrollo de programas de calidad, o bien su materia de trabajo es objeto de este tipo de acciones. Los dos primeros informantes fueron a su vez el medio para obtener a las otras personas que fueron entrevistadas, con lo que se realizó un segundo

tipo de muestreo, el denominado como “bola de nieve” (Taylor y Bogdan, 1984). Esta variedad de muestreo utiliza las relaciones de los informantes claves para identificar casos críticos o informantes particulares que tienen conocimiento acerca del fenómeno estudiado. Se le denomina bola de nieve o muestreo en cadena por que el investigador sigue la cadena de contactos o recorrido particular de contactos que le menciona sus informantes principales.

Se llevaron a cabo siete entrevistas semi-estructuradas cara a cara con personal médico que prestaba o había prestado sus servicios profesionales en el hospital; todos ellos médicos cirujanos, cuatro con especialidad médica en áreas clínicas, dos con estudios de posgrado en tanto el galeno restante es médico general. En el cuadro 5.3 se presenta el condensado de información básica de los entrevistados, destaca el hecho que a pesar de ocupar diversos cargos de jefatura o dirección, todos ellos -a excepción de uno- se dedicaban, en el tiempo de realización de la entrevista, a la práctica clínica con pacientes en el hospital así como también a la práctica privada, el promedio de antigüedad laboral rebasa los 12 años de servicio.

CUADRO 5.3 INFORMACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

Entrevistado	Puesto	Antigüedad en hospital	Formación
<b>Dra. N</b>	Jefa de departamento de Investigación	5 años	Médico Cirujano Maestría en Salud Pública
<b>Dr. M</b>	Jefe de Consulta Externa	23 años	Médico Cirujano Especialidad Reumatología
<b>Dr. F</b>	Jefe de Servicio de Urgencias	7 años	Médico Cirujano Especialidad Cirugía General
<b>Dra. C</b>	Supervisora de alumnos de pregrado y posgrado del hospital	9 años	Médico Cirujano Maestría en Tecnología Educativa
<b>Dr. V</b>	Ex director general del hospital	15 años	Médico Cirujano Especialidad Cardiología
<b>Dr. L</b>	Médico adscrito a servicio de urgencias	12 años	Médico Cirujano
<b>Dra. B</b>	Jefa de Servicio de Ortopedia	15 años	Médico Cirujano Especialidad Traumatología y Ortopedia

De los siete médicos entrevistados seis eran empleados del hospital y uno más lo fue con anterioridad. Así tenemos que una de las participantes del estudio era jefa de departamento de investigación, desempeñaba también funciones administrativas y fue durante un periodo de dos años responsable del área de calidad en la institución, en tanto tres restantes son también jefes de servicio y atienden consulta diariamente. Uno más es médico de turno en el servicio de urgencias; otro más de los entrevistados, no obstante que al momento de la encuesta ya no laboraba ahí, se desempeñó como jefe de servicio además de haber sido director general del hospital en el pasado reciente por un periodo de siete años; la última participante, es médico-supervisor tanto de los internos como de los residentes en formación de la escuela de medicina de la entidad donde se ubica la institución.

---

#### 5.8.2 DURACIÓN DE ENTREVISTAS Y NOTAS DE CAMPO

---

Las entrevistas se realizaron empleando una guía con preguntas abiertas de los temas a cubrir: significado de la calidad y conocimiento del programa instrumentado por la Secretaría, percepción de las acciones que en materia de calidad está emprendiendo el hospital, los resultados que se obtienen, su sentir o significado de la calidad en los servicios de salud de su institución y particularmente cuál es el sentir generalizado de sus compañeros médicos y un par de preguntas demográficas. La guía de entrevista inicialmente confeccionada se presenta en el cuadro 5.4. Todas las entrevistas fueron audio grabadas con consentimiento expreso del entrevistado y tienen una duración promedio de 90 minutos cada una de ellas<sup>84</sup>. Dos de los informantes médicos fueron entrevistados en un par de ocasiones. El lugar de realización de todas las entrevistas son las instalaciones del propio hospital, a excepción de la celebrada con el médico que ya no laboraba en ese lugar.

---

<sup>84</sup> Los audios de la entrevista fueron grabados mediante equipo digital y fueron transcritas a partir de su reproducción mediante el programa informático Digital Voice Editor 2.

CUADRO 5.4 GUÍA DE ENTREVISTA

<b>Conocimiento de calidad</b> ¿Qué es calidad? ¿Qué se ha hecho en la materia?
<b>Significado de la calidad</b> ¿Qué significa para el médico la calidad? ¿Qué opinión tienen los demás (sus pares) al respecto?
<b>Participación en programas institucionales de calidad</b> ¿Usted participa en los programas institucionales de calidad? ¿Cómo es su participación? ¿Cómo es la participación de sus colegas? ¿Cómo es la participación de las autoridades?
<b>Calidad ligado a satisfacción</b> ¿Cómo cree que es la satisfacción para el usuario del servicio? ¿Cómo es la satisfacción para el médico?
<b>Administración, promotor de la calidad</b> ¿Cómo percibe las acciones de calidad instrumentadas por la administración?
<b>Hospital como organización</b> ¿Qué piensa usted del hospital?

Durante la realización de las entrevistas se realizaron notas de campo, las cuales consignaban las reflexiones del investigador e interpretaciones diversas desarrolladas inmediatamente después de las entrevistas. Su análisis posterior facilitó organizar y clarificar los pensamientos del investigador así como estructurar y comprender los argumentos escuchados en las entrevistas mismas. Para facilitar el procesamiento de la información se utilizó un programa informático para el análisis de datos cualitativos, conocido genéricamente como CAQDAS<sup>85</sup>. El programa seleccionado fue el denominado Atlas.ti<sup>86</sup>, el cual fue utilizado como herramienta de ayuda al análisis cualitativo desarrollado, particularmente en la tarea de ordenamiento e identificación de los temas abordados y de los emergentes resultantes a partir de la transcripción y análisis de las entrevistas. Su utilización fue únicamente como ayuda para la organización de las transcripciones, categorización en los temas identificados y la búsqueda posterior de las líneas seleccionadas. Cabe aclarar que el proceso de interpretación y formulación de resultados a partir de las categorías y relaciones entre ellas es responsabilidad plena del investigador dentro del

<sup>85</sup> Programa para el análisis cualitativo asistido por computadora, del inglés: *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*.

<sup>86</sup> Atlas.ti: Es un programa informático de apoyo para el procesamiento y organización de datos cualitativos, se utilizó la versión 5. Desarrollado en la Universidad de Berlín por Thomas Muhr. Consultar: <http://www.atlasti.com/es/productintro.html>

esquema conceptual de los Estudios Críticos de Gestión ya comentado en el capítulo 4.

## 5.9 CONSIDERACIONES FINALES

---

La revisión de la validez de los estudios de corte interpretativo difiere de la noción tradicional positivista, que la ubica como la constatación fáctica de los aspectos estudiados, sea mediante la solidez de los constructos o bien con base en la significancia estadística realizada a partir de operaciones numéricas precisas (Taylor y Bogdan, 1984).

Estas operaciones, desde un punto de vista interpretativo son falaces en tanto se rechaza la noción de que aspectos como la frecuencia o porcentajes son indicadores de importancia. El criterio principal de la validez de los hallazgos y de las relaciones expuestas en los análisis interpretativos, es la aceptación entre la propia comunidad de científicos de los argumentos que se exponen (Lacity y Janson, 1994); lo que se pretende entonces con este estudio, es hacer sentido en el lector de las expresiones y argumentos de los entrevistados que aquí se recopilan y manifiestan, así como también verificar la pertinencia o no de las articulaciones conceptuales establecidas en el razonamiento que se expuso para dar cabida al presente estudio (Alvesson y Willmott, 1996). Al respecto Yvonna Lincoln y Egon Guba (1985), apuntan que los tipos de evidencia que pueden demostrar validez son la triangulación de fuentes de información y de métodos<sup>87</sup>, la revisión de pares y la validación por parte del participante en la investigación. Un elemento que enriquece y da sentido al lector lo constituyen también las descripciones densas del fenómeno objeto de la pesquisa (Geertz, 1973).

Al respecto este trabajo utilizó la triangulación, en tanto buscó complementar los resultados de la entrevistas con información obtenida mediante una cuidadosa selección de referencias pertinentes, además de llevar a cabo el análisis documental de los informes de las autoridades del sector (Secretaría de Salud).

---

<sup>87</sup> Por triangulación se entiende el uso concurrente de varios métodos (cuantitativos o cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno particular (Benavides y Gómez, 2005). El término originalmente es utilizado en la elaboración de mapas o levantamiento topográfico para conocer el terreno al contar con más de una referencia espacial que permita precisar la ubicación de un punto. Su empleo metafórico en el contexto de la metodología de la investigación refiere a la búsqueda de patrones de convergencia para estructurar o corroborar una interpretación del fenómeno bajo estudio, esto implica considerar y utilizar varias estrategias para estudiar una misma realidad Cfr. Patton (2001).

Si bien por razones de cambio de residencia del autor y retiro laboral de la entidad organizacional que inicialmente permitio establecer el vínculo con los médicos y el hospital del caso estudiado, no fue posible validar las interpretaciones realizadas con los propios entrevistados, la respuesta recibida en la presentación del problema de investigación y sus avances en diversos foros académicos nacionales y del extranjero ratifican en cierta medida los resultados obtenidos. Asimismo se ha compartido y constatado lo aquí expuesto con profesionales médicos y de la salud abordados en procesos de consulta particular o bien a partir de coincidir con ellos en proyectos académicos compartidos. Se solicita al lector que reflexione sobre este punto a partir de la presentación en el capítulo siguiente de los resultados de este estudio.

## 6. RESULTADOS

---

### 6.1 CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

---

La información obtenida a través de las entrevistas se examinó bajo el siguiente esquema de trabajo: el primer paso consistió en transcribir íntegramente las entrevistas, posteriormente como ya se mencionó en el capítulo anterior, la información obtenida se codificó apegándose al listado de temas previamente seleccionados y que se estimaron pertinentes para abordar las preguntas de investigación planteadas.

Asimismo durante la realización de este análisis y en las consecuentes re-lecturas de las transcripciones se encontró que dado el carácter de las preguntas planteadas (semiestructuradas), y la dinámica de la conversación que se desplegó entre entrevistado y entrevistador, fueron surgiendo temas que no habían sido contemplados inicialmente y que se consideró relevante incluirlos en tanto fueron recurrentes y pertinentes al propósito de la investigación misma, los aspectos así detectados fueron clasificados sobre la marcha bajo nuevas codificaciones (ver cuadro 6.1 Temas emergentes).

CUADRO 6.1 TEMAS EMERGENTES

---

Temas
Acciones de calidad alternas
Calidad técnica y personal
Compromiso profesional e institucional del personal
Equidad
Políticas gubernamentales en salud y prestación de los servicios
Organización de los servicios del hospital
Quejas del personal médico
Disponibilidad de insumos y material para el ejercicio médico
Reflexión sobre la práctica médica

Con este esquema de trabajo se procedió a explorar las transcripciones de cada una de los encuentros sostenidos con los médicos. Si bien no se consideró el número de frecuencias como criterio determinante para incluir determinada temática en la presentación final de resultados, su consideración es significativa en tanto permite ratificar como ciertos temas de los planteados originalmente en la guía fueron poco o nada relevantes para el entrevistado, en tanto otros

facilitaron un acercamiento al sentir de los actores. En este aspecto, la decisión tomada fue atender la expresión de los actores, por lo que se privilegio su voz antes que imponer ciertos rubros o contenidos particulares establecidos por el investigador. El cuadro 6.2 presenta la frecuencia de ocurrencias que se generó una vez que concluyó el análisis de la información recabada en las transcripciones.

CUADRO 6.2 OCURRENCIA DE LOS CÓDIGOS EN LAS ENTREVISTAS

	Dra N	Dr.M	Dr.F	Dra.C	Dr.V	Dr.L	Dra.B	Total
1.1 Qué es calidad	1	1	1	1	15	3	4	26
1.2 Conocimientos de programas de calidad	5	3	1	1	5	1	0	16
1.3 Acciones de calidad	26	8	6	1	6	1	2	50
2.1 Significado calidad	3	0	0	0	0	0	1	6
2.2 Significado calidad pares	0	0	0	0	0	0	0	0
2.3 Significado calidad otros	0	0	0	0	0	0	0	0
2.4 Significado calidad autoridades	0	0	0	0	0	0	0	0
3.1 Participación propia	1	5	0	0	0	0	1	7
3.2 Participación pares	20	5	0	2	0	3	1	31
3.3 Participación autoridades	1	0	0	0	0	0	0	1
3.4 Participación otros	1	0	0	0	0	0	0	1
4.1 Significado programas de calidad	19	2	3	1	3	0	3	31
4.2 Significado programas calidad pares	6	0	0	1	0	1	1	9
4.3 Significado programas calidad autoridades	3	0	1	0	1	0	0	5
5.1 Satisfacción usuario	1	1	0	1	3	1	0	7
5.2 Satisfacción medico	6	5	5	2	4	2	2	26
5.3 Satisfacción pares	1	1	2	4	1	0	0	9
5.4 Satisfacción otros	0	2	0	0	0	0	0	2
6.1 Percepción hospital	10	1	0	1	6	0	3	21
6.2 Percepción hospital pares	1	2	0	0	0	0	0	3
6.3 Percepción hospital de autoridades	0	0	0	0	0	0	0	0
Acciones de calidad	0	0	0	0	4	0	0	4
Calidad técnica y personal	0	0	0	0	1	2	0	3
Compromiso institucional	0	0	0	0	0	2	3	5
Equidad	0	0	0	0	0	0	2	2
Gobiernos y servicios	0	0	0	0	4	1	0	5
Organización servicio	0	0	0	0	0	4	2	6
Quejas	0	0	0	0	1	0	0	1
Recursos ejercicios médico	0	3	4	5	4	2	5	23
Reflexión práctica	1	2	7	6	3	3	1	23
Totales	106	41	30	26	63	26	31	323

Tabla generada por el programa Atlas.ti5

Enseguida se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas, se exponen por tema particular en el orden en que fueron planteados por el investigador durante la entrevista, no todos los temas considerados inicialmente son presentados debido a que algunos de ellos, como ya se mencionó, no fueron del todo pertinentes para los entrevistados. De manera paralela a los extractos de las transcripciones aquí desplegadas, se da cuenta también de comentarios críticos del propio autor, con el propósito de reflexionar sobre lo dicho por los entrevistados y las implicaciones que se pueden derivarse de ello en el marco de la instrumentación de programas de mejora en su centro de trabajo.

---

## 6.2 ¿QUÉ ES CALIDAD?

---

Con esta pregunta se pretendía identificar el concepto de calidad en salud expresado por cada uno de los participantes. Aquí encontramos tres diferentes enfoques para su conceptualización: 1) aquélla que la define empleando palabras y conceptos desde un enfoque gerencial, difundido profusamente tanto en empresas u organizaciones que adoptan tales procesos, como en la literatura sobre la gestión empresarial, 2) otra acepción está relacionada con las definiciones de calidad médica, sobresale aquí la referencia a la noción técnica y humana expuesta por Avedis Donabedian (1980), y comentada ya en este estudio, y la última definición 3) destaca una posición que podría decirse intermedia, que no es ni la ampliamente difundida en el ámbito de los negocios o industria ni la específica del mundo médico sino una más simple y que remite al quehacer cotidiano de la profesión médica en el ámbito institucional. Para su cumplimiento se requieren recursos, instalaciones y al menos las mínimas condiciones para su ejercicio. Cabe destacar que de esta última acepción de calidad se derivan una serie de cuestionamientos críticos que se retoman para interpretar la instrumentación de programas de mejora de la calidad y su gestión en instituciones públicas.

---

### 6.2.1 CALIDAD GERENCIAL

---

Dentro del primer enfoque de calidad que denominamos gerencial, los entrevistados expusieron comentarios empleando términos o definiciones ampliamente difundidas en el ámbito empresarial o de negocios, como pueden

ser: la calidad es cero defectos, cero errores, es hacer las cosas bien desde la primera vez. Así tenemos expresiones como:

*Es otorgar la mejor atención médica los usuarios, es hacerlo bien desde la primera vez, y es tratar de cubrir las expectativas por las que vienen... (Dr. M).*

*Calidad es hacer las cosas bien a la primera, así en resumen. Bien y a la primera. Que así en un concepto más amplio es manejar la excelencia, que es igual abarcando todo esto: en dar bien y a la primera (Dr. F).*

La referencia del concepto a ejemplos utilizados por los consultores de calidad empresarial es clara: variaciones reiterativas sobre un mismo tema, sin dejar en claro bien a bien qué es calidad, cayendo así en los lugares comunes de adjetivar las acciones como: bien hechas desde un inicio o de excelencia.

---

## 6.2.2 CALIDAD MÉDICA (DESDE EL PLANO TEÓRICO)

---

Una segunda acepción de la calidad también expuesta está relacionada con la atención médica:

*...los mayores beneficios de salud con los menores riesgos (...) y a un costo razonable (...), para mí el costo razonable es tanto para la institución como para el usuario, el que nosotros podamos optimizar al máximo el recurso y ahí es donde entra la parte, diría yo administrativa, en cuanto a la calidad y la otra del mayor beneficio para el menor riesgo es donde entra la parte humana, donde está la técnica y donde están las relaciones interpersonales y eso se traduce en un cambio en el estado de salud del paciente (Dra. N).*

En esta definición se conjugan ya los componentes de la calidad médica: por una parte la preocupación por el bienestar del paciente en términos de la recuperación de su salud, su satisfacción (componente profesional-técnico); y por el otro, el aspecto relacionado con la gestión de los recursos y su empleo eficiente en el marco de la atención que prestan los servicios de salud institucionales a las personas usuarias. Se destaca entonces un énfasis en el componente administrativo tal como lo denomina la entrevistada.

---

### 6.2.3 CALIDAD COMO PRODUCTO DE ACCIONES ESPECÍFICAS

---

La tercera percepción de calidad planteada por los entrevistados, se percibe como aquella que la entiende como un entramado de tareas, responsabilidades y condiciones que deben considerarse para lograr resultados que puedan ser descritos o calificados como de calidad:

*Es complejo el concepto de calidad, se están revisando un montón de procesos. Para nosotros siguen vigentes los dos componentes: la parte técnica en cuanto la oportunidad, la eficiencia, el uso óptimo de recursos (...) y el trato digamos digno al paciente (Dr. V).*

El entrevistado ahonda, no solamente en los componentes técnico y humano considerados en el enfoque médico ya descrito, ahonda también en otros aspectos que también están implicados: ese “*montón de procesos*” que deben atenderse y que están ahí a la par que lo técnico y humano. En ese sentido, los responsables de los hospitales o centros de salud y su personal deben estar atentos también a:

*...cuántas complicaciones tengo, cuántas infecciones nosocomiales, cuántas heridas abiertas, este... neumonías, en fin como que sería una forma de medir la calidad, otra es la oportunidad con la que entregamos, por ejemplo el abasto de insumos y medicamentos. Si al quirófano yo le quiero exigir tal rendimiento yo tengo que entregar en forma oportuna suturas, que no falte el autoclave, que no falten los cirujanos y al final viene la parte también de qué estamos produciendo como producto ya sea egreso o consulta, que se curen algo que no se ve mucho; por ejemplo, así llegó y así salió o sea yo le resolví realmente el problema o le generé otro adicional, o sea aquí entra un término medio complejo que es la calidad de vida: lo dejé amputado, lo dejé este con un cambio fisiológico o bien el venía con una enfermedad que pone en peligro su vida en determinado momento con una apendicitis, lo atendí oportunamente, le hice laboratorio adecuado, el diagnóstico adecuado, lo operaron bien, se resolvió el problema y lo regreso curado. Para mí este sería el concepto integral de calidad, desde que lo recibo hasta que lo entrego y todo lo que hay adentro del hospital que no nada más es el trato amable, que no nada más es la señorita que le dijo pase o que esté la sabana o la comida, tuvo*

*que ver el cirujano, la ropa, etcétera, la esterilización, enfermería...  
(Dr. V).*

Este sentir entonces será reiterado a lo largo de las entrevistas realizadas: calidad es amabilidad, buen trato, cortesía, es cumplir con las expectativas de los usuarios, es ofrecer las mejores alternativas de tratamiento para mejorar las condiciones de salud de los pacientes. Sí, efectivamente es todo eso, pero hay que considerar que al mismo tiempo se requiere tomar en cuenta una serie de aspectos que tienen que ver con la gestión de un conjunto de elementos materiales y de dimensión humana como son los actores que desempeñan tareas especializadas, además de una serie de condicionantes antes de ubicarla con precisión. En ese sentido la calidad viene a constituirse como un concepto 'paraguas', el cual se utiliza comúnmente para dar cuenta de las características de un servicio con solo dos dimensiones: técnica y humana (Donabedian, 1980); pero que sin embargo en el marco de servicios de salud institucionales remite a una multiplicidad de elementos que no pueden ser englobados en las definiciones sencillas y unitarias que ofrece el enfoque gerencial.

### 6.3 CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE CALIDAD (CRUZADA)

Se inquirió también acerca del conocimiento que los médicos tienen respecto al programa de calidad que se impulsaba por parte de las autoridades de salud en el momento de realizarse las entrevistas. Las respuestas al respecto reflejan por un lado su conocimiento en términos muy similares a los de la campaña emprendida, y por el otro se mencionan conceptos aislados pero que no denotan su adopción y traslado a su práctica médica cotidiana. Encontramos también una serie de cuestionamientos críticos a la propuesta.

En el rubro de los comentarios que retoman el discurso de la campaña de la Cruzada están:

*Es el famoso rria ¿no? En dar la..., bueno está enfocado en mejorar la atención del paciente, primero dar una buena atención, brindarle los servicios con los que contamos para restaurar su salud, en segundo es la información completa sobre el padecimiento que tiene, los procedimientos que se le van a hacer así como el pronóstico que va a tener y darlo de la forma más rápido posible, tratar de disminuir los tiempos de espera, sobretodo enfocado a los servicios de urgencia y consulta externa (Dr. F).*

*La cruzada trae puntos muy específicos y de los puntos críticos es... reducir los tiempos de espera en urgencias, el otro es la comunicación médico paciente, básicamente una mayor explicación al paciente sobre su padecimiento y sobre su tratamiento, el otro punto era el de garantizar los medicamentos (Dra. N).*

De este modo tenemos que en ambos casos hay un conocimiento del programa, en donde uno de ellos destaca el acrónimo “sonria”, empleado en la campaña visual del programa de mejora (Cfr. Esquema 2.1 del capítulo 2).

Se encuentra también un conocimiento parcial del programa de calidad “Cruzada”, destacando a su vez que las tareas correspondientes al mismo no se reflejan en su espacio de trabajo (el piso del hospital):

*Escuché que aquí en el hospital había un programa, lo empezaron a hacer, este... en cuanto a aplicar cuestionarios, pero fue en consulta externa, nada más, en cuanto a los pacientes de tiempo de espera, si los habían atendido bien si el médico les había dado toda la información acerca de su padecimiento, si entendían, si habían entendido las indicaciones que les daba el médico. No sé los resultados, porque no los dieron a conocer así abiertamente. Sé que se hizo pero nada más a nivel de consulta externa, pero en los pisos, creó que no (Dra. C).*

En cuanto a un punto de vista distinto del común denominador, se destaca lo expresado por un entrevistado:

*...lo que yo entiendo es que la Secretaría lo que plantea a nivel federal al decir cruzada es: todos vamos por la calidad, sin embargo, el concepto no queda muy claro, porque no habla ni siquiera de qué calidad dentro de las perspectivas que se tienen: ¿desde el punto de vista del usuario o del prestador del servicio? ¿no? Pareciera que va más encaminada a la percepción del usuario, la calidad más del tipo humanístico, más del tipo del trato, pero no con mucho enfoque a la calidad técnica. No conozco a fondo lo de la cruzada pero me preocuparía que por ejemplo información oportuna se midiera como un indicador de calidad cuando por ley, la ley general de salud establece los derechos de los pacientes y ésta es una obligación del sector (Dr. V).*

Un aspecto importante que se destaca por este entrevistado resulta ser que ya en la normatividad correspondiente<sup>88</sup> se contempla cómo debe ser la prestación de los servicios de salud, aunque no se especifique como tal: servicios de salud de calidad. De ahí la pertinencia del comentario en tanto que la calidad no debiera ser algo extra, o una cualidad añadida al servicio prestado a partir de la puesta en marcha de campañas particulares, debe ser en sí misma una característica inherente a la prestación de los servicios de salud. Acorde con esa línea de pensamiento podría plantearse la calidad en un sentido de mecanismo o estrategia de promoción para el fortalecimiento de los servicios de salud institucionales prestados por entidades públicas, pero no como una mejor cualidad o prestación extra que se otorga o promueve por una determinada administración de gobierno.

De ser entendida así, como una mejor cualidad o prestación extra que se otorga o promueve por una determinada administración de gobierno, nos encontraríamos con una calidad inalcanzable, que de modo similar a la excelencia es renovada por las administraciones en turno: en el sexenio de 1994-2000 fue denominada como Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000<sup>89</sup>, como Cruzada por la calidad, para el periodo 2001-2006<sup>90</sup>, objeto de análisis de este documento y ahora en la presente administración como Calidad Sí, en el contexto del Plan Nacional de Salud 2006-2012<sup>91</sup>. En ese sentido tenemos como una misma técnica administrativa de mejora es empleada continuamente, sexenio tras sexenio, con distintas denominaciones y sirviendo siempre a los mismos propósitos: optimizar la prestación de servicios de salud, propósito que implica una múltiple coordinación de tareas, participación de personal diverso y un consumo de importante de recursos, en un espacio organizacional igualmente complejo: el hospital.

#### 6.4 ACCIONES DE MEJORA EMPRENDIDAS

---

En este rubro se exploraba qué acciones de mejora, dentro del marco de la cruzada, se habían emprendido en el ámbito de trabajo de los entrevistados. Durante las conversaciones se encontró que se habían realizado acciones

---

<sup>88</sup> Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010a).

<sup>89</sup> Secretaría de Salud (1996) Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: SS. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/default.htm?s=iste> con acceso el 20 de agosto del 2010.

<sup>90</sup> Secretaría de Salud (2002a).

<sup>91</sup> Secretaría de Salud (2007b).

conforme a los lineamientos del programa de la cruzada, particularmente tareas encaminadas a reducir tiempos de espera y ofrecer información al paciente; sin embargo, se entienden como acciones las evaluaciones o mediciones periódicas que se realizan para verificar la duración de la consulta, o directamente para conocer la percepción que tienen tanto los pacientes como el personal sobre el servicio. Otra respuesta que se encontró es la realización de campañas de difusión o arengas motivacionales que a decir de los entrevistados no tienen mayor impacto si no se brinda seguimiento a los programas instrumentados y se atienden a un mismo tiempo aspectos como el mantenimiento y el abasto de insumos para el funcionamiento del hospital.

Como acciones de calidad se mencionó:

*La evaluación del expediente clínico, para nosotros como que esa es una de las bases en la atención y tiene varios enfoques, no solamente estoy viendo calidad sino estoy preparándome para demandas o necesito garantizar tener muy buenos registros para hacer investigación, porque es un punto que no podemos hacer porque no hay expedientes (...) empezamos por el expediente porque eso es lo que más les toca a ellos la fibra. Ahí te lo estoy demostrando, además es bastante objetivo, mira no firmaste, no hiciste todo, entonces pues ahí no les queda de otra más que aceptarlo, pero entonces tenemos que partir de ahí para hacer más y más cosas (Dra. N).*

*Se han estado haciendo evaluaciones en cuanto tiempo de espera, y este... sobre todo en la información que se da, estamos midiendo principalmente desde el tiempo de espera, la atención del médico, de la enfermera, de la trabajadora social, de la cajera, y también enfocado al servicio de urgencias, el inicio del padecimiento (Dr. F).*

*...aquí en el hospital se ha buscado trabajar con la reducción de los tiempos de espera, vía que aplicas encuestas, vía que este... se han puesto por ahí letreros para que el usuario identifique: qué es una urgencia, porque ese es uno de los problemas que se tienen. (...) A nivel estatal se han hecho cursos de capacitación para el personal, donde se está buscando una de las estrategias igual que los japoneses, el de identificar que el personal se sienta satisfecho con lo que hace, y entonces sea capaz también de dar su mejor esfuerzo, entonces ha habido capacitación de personal (Dra. N).*

Las acciones desplegadas en el marco del programa de la Cruzada comprenden la evaluación de documentos como el expediente clínico (notas e indicaciones médicas), la evaluación periódica de los tiempos de espera, la aplicación de encuestas, fomentar el trato amable hacia los usuarios y brindar información oportuna al paciente o familiar acerca del estado de su salud, el tratamiento indicado y su pronóstico. Tareas todas ellas enmarcadas en las acciones iniciales de la cruzada; cabe destacar que entre los aspectos más promocionados mediante campañas de difusión están el trato amable por parte de los servidores públicos hacia el público usuario

Sin embargo en cuanto a los resultados obtenidos:

*Hay áreas donde se han reducido los tiempos de espera, las urgencias que es lo que se buscaba... se ha mejorado la relación médico paciente pues también, pero eso es bien difícil de medir... también requiere seguimiento, o sea porque no puede ser de ahorita a un mes, dos meses y al rato pues ahí a ver cómo le haces después. Porque esa es otra cosa que siempre ha pasado en la secretaría, los programas que se implantan y no se les da seguimiento se mueren (Dra. N).*

Independientemente de las acciones realizadas y el logro de ciertos resultados en el marco de los servicios de médicos institucionalizados, siguen prevaleciendo problemas, que a decir de los entrevistados se evidencian particularmente en los hospitales:

*En primer nivel probablemente sea más claro que algunas tasas se han mejorado evidentemente en los últimos cincuenta años en México, pero los hospitales han ido en deterioro progresivo, se gasta muy poco en mantenimiento, se gasta muy poco en equipamiento nuevo, actualizaciones en alta tecnología, mucho desabasto en cuanto a insumos básicos, medicamentos, material de curación y en contraparte hablamos de una cruzada de la calidad, esto no se antoja pues, si hubiera todo un esfuerzo atrás de ello de mayor producto interno, mayor gasto mayor etcétera, etcétera... Y bueno hablaría como con cierta tendencia hacia lo que se llame calidad, cómo se determine o que algún proceso sea de calidad, como que esa es la intención pero parecen ser dos puntos totalmente separados entre lo que se dice y lo que se hace (Dr. V).*

## 6.5 SIGNIFICADO DE LA CALIDAD

---

Este tema fue abordado preguntando cuál es el significado de la calidad para el entrevistado, la respuesta obtenida fue de una mínima certeza en cuanto a su efectividad o bien de un escepticismo hacia los resultados que pueda lograr. De este modo tenemos expresiones que conceden cierto reconocimiento a los esfuerzos institucionales siempre y cuando se adapten a la realidad en la que se instrumentan:

*Yo creo que en mucho son buenas intenciones porque ciertamente hay algunos elementos que consideran así como que parejo para todas las instituciones, en buena medida a lo mejor sí se podrían dar, pero requiere del concurso de mucha gente, de todas las áreas, por ejemplo eso de reducir los tiempos de espera en urgencias implica también recursos y por ejemplo aquí no tenemos una gente que haga de filtro y entonces ahí tiene que hacerse no sé, bruce el médico para poder trabajar en ese filtro (Dra. N).*

*...a veces a lo mejor se hacen con un buen fin, estudiados previamente para sacar a veces las cosas adelante y son buenos si tuvieran un seguimiento adecuado (...) si se hiciera primero un estudio de por qué se está fallando y ya posteriormente integramos esto y tuvieran el seguimiento, yo creo que tendrían mucho mayor éxito y no simplemente pues como moda. ¿Que todos los proyectos tienen algo bueno? Ahora pues tenemos lo reciente ¿no? Que está Progresando pues ya lo quitan porque ese nombre no lo puse yo y ahora pongo mi nombre ¿no? ¿ahora qué es? ¿contigo? (Dr. F).*

Por otra parte, hay quienes son más críticos en sus planteamientos y destacan vacíos conceptuales en la propuesta de la cruzada ¿Cuál de los enfoques de calidad propone el programa? Asimismo también se menciona el carácter relativamente fugaz que tienen las propuestas en el quehacer cotidiano en tanto dependen de la administración en turno, aspecto ya sugerido anteriormente. Además de su aplicación más a nivel de su mera difusión, como discurso, sin apoyar efectivamente la infraestructura de los servicios de salud.

*Lo que plantea a nivel federal al decir cruzada es todos vamos por la calidad, sin embargo, el concepto no queda muy claro, porque no habla ni siquiera de qué calidad. A mí en lo personal me parece muy publicitario este asunto ¿no? Es decir, yo te exijo pero no te doy recursos ¡pues échale ganas! ¿no? Pues bueno... (Dr. V).*

*Se me hace como que trata de adaptar los servicios o lo que se puede hacer en una compañía, a un lugar donde debe verse primero el humanismo, entonces se me ha hecho como inadecuado (Dra. B).*

*Se toma como una moda, se da la información, sale uno muy motivado se empieza a generar algo... dura el entusiasmo una semana, dos semanas y después se nos olvida, se nos olvida, volvemos a caer en la misma rutina (Dr. L).*

*...que es prácticamente la misma gata pero revolcada ¿no? Yo creo que si fueran bien establecidos y bien programados y con un seguimiento adecuado dejarían de ser una moda y serían pues estudios y proyectos bien para mejorar muchas cosas ¿no? Siempre y cuando cuenten con eso, si no, pues simplemente son modas y cuestiones políticas (Dr. F).*

*Yo creo que todos estos programas los hacen en un escritorio (Dra. B).*

Esta percepción generalizada del significado de la calidad en su área de trabajo denota cierto malestar en los actores involucrados y una expectativa limitada en los programas de acción que pretenden instrumentarla. Uno de los entrevistados ahonda al respecto destacando que el concepto tiene al menos dos puntos de vista: el del público usuario y el del profesional de la salud. Asimismo expresa que el énfasis en el componente del usuario intenta quitar la mala imagen de los servicios públicos de salud en la población, buscando al menos una aceptación hacia ellos en términos de una mayor satisfacción por tener que esperar menos tiempo para recibir la atención en los consultorios. Sin embargo, el personal de salud se ve impedido o limitado en su quehacer profesional al descuidar la autoridad el abasto de recursos, poca o nula inversión en infraestructura y escasa renovación y falta de mantenimiento a los equipos auxiliares de diagnóstico y tratamiento:

*¿Cómo fraccionar la parte de calidad? Pues es muy difícil medirlo, por procesos se podría, pero al final si el paciente ingresa con una enfermedad y sale curado y se expresa bien del hospital quiere decir que todo lo que pasó adentro técnico, humano, etcétera, funcionó bien, ese sería más o menos el concepto. Es muy difícil poderlo definir como el estado de satisfacción del usuario, del prestador del servicio. Dicho así, bueno pues sí y por encuestas*

*menos, porque el paciente siempre va a percibir lo que él conoce, el no está obligado a saber de medicina, ni está obligado a saber de reglamentos, ni está obligado a, y nosotros sí tenemos esa obligación y es ahí donde fallamos. Pero verlo nada más por la satisfacción de ellos pues a lo mejor es meterse en un problema muy fuerte de obligar a los médicos a dar información, a tratarlos bien y con eso nos quitamos el grave problema del descrédito que tienen las instituciones sobre todo del sector público, sin que por atrás inyectemos a las organizaciones de recursos. Es un poquito de paliar el asunto, que se hable menos mal de las instituciones aunque por acá no estemos haciendo nada por reforzarlas (Dr. V).*

Con estos programas pareciera entonces que las autoridades de salud del país intentan quitarse el descrédito que las instituciones y los servicios tienen. Dejándole entonces la responsabilidad a los actores, los propios trabajadores en tanto son ellos quienes no atienden con cortesía a los usuarios demandantes del servicio. Así tenemos no sólo la utilización de las quejas como indicador para dar cuenta de la situación de los servicios de salud, sino lo que se argumenta por los entrevistados es el tipo de manejo que se le da a esta información por parte de las autoridades. De este modo, el adoptar un indicador como el número de quejas para denotar el estado que guardan los servicios de salud puede no ser del todo pertinente en la medida que intervienen más factores en la generación de los servicios de salud. Además, este indicador puede suponer que el único responsable de la situación es el médico que atiende.

*¿Qué cómo se establece? Pues a través de la queja y las demandas: los hospitales son malos, todo es malo, me trataron muy mal, cinco mil quejas, cuatrocientos egresos, en lugar de ponderarlo adecuadamente. ¡Todo es malo! (...) Entonces se ha creado todo una creencia. Algunas estadísticas se manejan por ejemplo de gente que nunca ha estado en contacto con un hospital del sector público, tiene una idea de lo que es por comentarios del vecino, de la amiga, etcétera, etcétera, y el mayor descrédito en las instituciones del sector público viene de esa gente, no del que egresa de los hospitales, no del que realmente está involucrado en un problema, entonces no son más que encuestas de opinión (Dr. V).*

Se reitera entonces por parte del entrevistado como poco creíble, que ante los diversos procesos que se despliegan para brindar los servicios de salud y por ende la coordinación obligada de los diversos actores que intervienen para

llevarlos a buen término, se pretenda medir o incluso valorar la calidad del servicio prestado por las instituciones de salud, basándose únicamente en el número de quejas o demandas que se tienen.

## 6.6 PARTICIPACIÓN DEL ENTREVISTADO Y SUS PARES EN LOS PROGRAMAS DE CALIDAD

---

En el contexto de la temática abordada también se inquirió acerca de cómo los entrevistados describen su participación en las tareas de mejora de calidad instrumentadas en su centro de trabajo. Ellos expresan que se hace un esfuerzo institucional para promover acciones encaminadas a lograr la calidad en ciertos servicios o áreas; Sin embargo también se hace énfasis en la imposibilidad de instrumentar las acciones que comprende el citado programa por aspectos como: una limitada autoridad jerárquica ante el resto del personal, poca disposición de los compañeros a colaborar en tareas de calidad, limitaciones en los recursos para desarrollar el trabajo cotidiano y no contar con el tiempo necesario para participar en actividades organizadas alrededor de la calidad debido a la sobrecarga de trabajo.

En ese sentido llama la atención lo expresado por una de las entrevistadas, responsable de calidad en el hospital, quien expresa que al impulsar acciones encaminadas a su instrumentación no siempre cuenta con el respaldo de la dirección, de este modo resulta complicada la conducción de reuniones que abordan la temática, sobre todo cuando el director del hospital no está presente para respaldar su dicho: *"... es que si el directivo no está difícilmente uno tiene la talla..., bueno está el subdirector pero bueno es un representante..."*. Asimismo es la misma entrevistada quien anota: *"Llegar a empujar al hospital implica siempre... este.... el rechazo, el que nos están siempre limitando con que las cosas las hacemos bien pero lo que falta son los recursos"* (Dra. N).

Un jefe de servicio, quien encabezó un esfuerzo institucional por mejorar los servicios de su área comenta al respecto:

*...fue una lucha tremenda, porque había que vencer muchos vicios que no se han vencido totalmente, la comunicación con el público, la comunicación con los especialistas, no con todos, con sus honrosas excepciones... la principal queja en cuanto a los médicos es el tiempo de espera para la consulta, subjetivamente yo creo que eso se ha abatido, me ha costado trabajo, me ha costado*

*amenazas, me ha costado enfrentamientos con uno, dos, tres de los cuarenta y seis especialistas que hay, bueno es un número bajo y yo siento que ha ido disminuyendo (Dr. M).*

Hay un esfuerzo institucional por difundir el enfoque de mejora de calidad mediante la instrumentación de cursos de capacitación; sin embargo, a decir de los entrevistados, existen situaciones por las que no fructifican: son impartidos sin considerar las actividades cotidianas del personal médico: en horas de consulta, de cirugía, o de visita. Se pierde de vista que una prestación de servicios de salud oportuna, llámesele de calidad, implica recursos, los cuales no siempre están disponibles en el hospital. Asimismo, se destaca la persistencia de un escepticismo del propio personal médico en cuanto la posibilidad de adquirir nuevos aprendizajes a partir del intercambio de experiencias en reuniones que aborden la calidad. Los siguientes testimonios ilustran tal sentir:

Una entrevistada declara:

*"... me dicen: váyase al curso de lo qué es calidad, me encanta ir, me encanta aprender, pero siento también la responsabilidad, no sé, eso de dejar el servicio volando, como vio ahorita que estaban ahí [Un par de pacientes que estaban fuera del consultorio durante la entrevista] ¿Y que no me interese? Se me hace más de calidad que los atiendan (Dra. B).*

En cuanto a lo limitado de los recursos con los que se cuenta para el desempeño del trabajo, esta misma entrevistada expresa:

*Pero casi siempre que nos dan cursos de calidad, nos dicen que tenemos que ser eficaces y todo eso, etcétera. Y no nos dan con qué, o sea nos dan lo mismo, lo mismo y puede usted durar veinte años pidiendo. Es que se necesita una mesa de... y no hay, y no hay, y no hay. Entonces es lo mismo, a veces estamos tan pobres.*

Otra entrevistada respecto a la participación del personal en las tareas formativas de orden administrativo que organiza el hospital, manifiesta lo siguiente:

*Yo siento que hay mucho rechazo, no le dan importancia, o sea en dos, tengo experiencia en dos hospitales en donde se abren los cursos de administración o gerencia de servicios, dirigidos a los jefes de servicio, a veces los abren incluso a cualquier médico adscrito y no van, no van, no les interesa ¿y entonces? Piensan que*

*con el simple hecho de que vengan a dar su trabajo para el cual estudiaron es suficiente ¿sí? No se cree en la administración, no se cree en este tipo de programas, entonces, creo que primero tendría que haber un programa para convencerlos, para concientizarlos de las bondades de, y entonces ahora sí, después darles el programa (Dra. C).*

Por lo que se refiere a ese punto, pareciera ser que los médicos no le encuentran sentido a los programas de mejora de la calidad:

*A los médicos nos choca estar haciendo esos reportes y estudios [refiriéndose a los programas de calidad], eso no nos enseñaron en la escuela ni nada; la verdad, uno prefiere estar con los pacientes que estar haciendo eso. Les es difícil entenderlo les es difícil hacerlo... (Dra. B).*

Ante la pregunta de cómo consideran la participación de sus pares en las acciones de calidad instrumentadas, se tiene que el propio médico ubica a sus colegas como un sector complicado del equipo de salud.

*El grupo médico es el más difícil. A veces son más accesibles los administrativos o las enfermeras, uno les explica y les dice: mira se trata de esto; pero por lo menos están abiertos a que uno les hable. Porque el médico piensa que él hace bien las cosas y a lo mejor sí es cierto. Él piensa que ya no tiene nada que mejorar (Dra. N).*

Ante la petición por parte de las autoridades médicas del hospital para participar e integrarse a las tareas instrumentadas para promover la calidad, el grupo médico manifiesta sus reservas:

*...ellos empiezan a rechazarlo y dicen no, lo que pasa es que nosotros estamos trabajando bien ¿sino cuánta gente no curamos? Pues eso es cierto ¿cómo mides mi mala calidad? Pues hay quejas ¿no? Pues sí, sí hay quejas nada más que esas fueron porque no había recursos, nosotros no fuimos... Y no es cierto o sea finalmente sí hay quejas de maltrato, que no lo atendieron (Dra. N).*

Esta aseveración viene a ratificar varios de los comentarios expuestos hasta este momento: por un lado hay reticencia a participar por parte de los médicos en tareas formativas en el ámbito de la calidad que se convoquen por parte de la autoridad. Se habla también de un aspecto importante que fue emergiendo durante las entrevistas: escasez de recursos para el desempeño de su labor; se

denota también cierta suficiencia por parte de ellos mismos en cuanto al cómo califican su actuación o labor, el testimonio obtenido lo ilustra a cabalidad: *"...estamos trabajando bien ¿sino cuánta gente no curamos?"* Comentario que encierra una confianza sobrada en una de las tareas que cómo médicos realizan: curación de enfermedades que aquejan a los pacientes. Esta aseveración anterior, que establece una cierta suficiencia en la tarea desarrollada por parte del propio grupo médico al expresar que hacen bien su trabajo en tanto curan a las personas, es reforzada por otro dicho que esclarece el porqué de tal autopercepción que parece caracterizar al personal médico que se entrevistó:

*...es parte de la deformación de nosotros... la formación, uno va sintiendo que es el líder del equipo de salud, y finalmente cuando sales y tienes una especialidad, pues como el que trabaja aquí la mayoría de la gente, yo creo que ya tuviste mucho tiempo de formación y lo sabes todo en tu área ¿no? O sea, como que es el hecho de bueno ¿quién me va a poder criticar? ¿quién va a venir a mí a cuestionarme lo que yo hago? Entonces es así como el hecho de: yo soy médico, yo estoy preparada ¿quién o cómo es que me vienen aquí a evaluar? (Dra. N).*

Este sentir, se ratifica con el siguiente comentario expresado por otra de nuestras entrevistadas:

*Yo sé que muchos médicos en general luchan contra un monstruo verde que se llama ego, entonces desafortunadamente también es un hándicap en contra ¿no? Que sienten que ya no pueden aprender más o que ya no... Ya no tienen porque hacer más nada, su sola presencia basta (Dra. C).*

De este modo, no sólo es la autopercepción que puede tener el médico de un dominio de su profesión y de la actuación resultante; también las mismas rutinas de su ejercicio profesional le brindan maneras justificadas de evadirse de las actividades que requieren realizarse para instrumentar y organizar en un hospital acciones de calidad. Es decir, ante la convocatoria para participar en reuniones para la integración de equipos de trabajo, la documentación de las tareas y los procesos de atención, el personal médico antepone actividades propias de su profesión como: la atención a los pacientes, el pasar visita, el llamado ante una urgencia o una cirugía pendiente, consideraciones todas ellas que de inicio no se cuestionan en tanto efectivamente resultan tareas impostergables y propias del quehacer médico: el atender y curar a los enfermos.

*...a lo mejor también es un poquito cuestión de la estructura ¿no? Pues hay una reunión y dicen que se tienen que reunir pues ahí están... [personal de salud no médico], pero al médico le dices es que hay una reunión... pues es que yo tengo otras cosas que hacer, es que yo tengo que atender a mis pacientes, siempre hay un pero, y además se justifican y justifican bien (risas), es que yo tenía una urgencia y no pude venir a la junta de ocho a diez... (Dra. N).*

Cabe destacar que el panorama de la mejora de los servicios no es tan desolador como puede parecer: hay personal comprometido con su profesión, a decir de una de las entrevistadas:

*...el jefe de servicio de urgencias es el que tiene que ver más, en nuestro caso, el jefe de servicios es muy accesible, ha sido una de las gentes muy interesadas en hacer cambios. Cuando él llegó nosotros ya teníamos un diagnóstico a nivel administrativo, lo tomó en cuenta, se puso a revisar, a trabajar, de esas cosas rarísimas, los principales problemas eran registros y él impuso un sistema de registro en urgencias, él está viendo lo de disminución de tiempos de espera, y este hace sus carteles, él tiene su diagnóstico, él tiene prácticamente todas sus cosas (Dra. N).*

## 6.7 SATISFACCIÓN ¿QUÉ IMPRESIÓN SE LLEVA EL USUARIO CON LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBE EN EL HOSPITAL?

---

La respuesta obtenida por parte de los médicos entrevistados ubica como buena la atención médica prestada:

*Fíjese que del médico a veces como que la gente le disculpa que pudiera tratarlo mal cuando el médico es bueno. Aquí tenemos médicos que son buenos en su práctica, entonces la gente no los califica mal: estuvo bien y ya... (Dra. N).*

*...en general la impresión que le da al paciente, el trato a pesar de los cinco minutos, déjeme decirle es buena en el 80% o más, 85% o sea que, y bueno yo me doy cuenta cuando estoy aquí que la comunicación es muy buena, muy amable, pues sí, no hay rudeza, no hay nada. Pero hay algunos otros consultorios, algunas otras áreas en las que hay queja, pero en términos generales, del médico*

*la percepción del usuario es que se le trata bien o muy bien, se le trata muy bien (Dr. M).*

*En un alto porcentaje sí, le puedo decir en cuanto a la experiencia, yo creo que por arriba del 90% se van satisfechos, este... eso es lo que intentamos. Aquí ocurre que también no tenemos así un parámetro para decir, un control en cuanto a los usuarios. De lo que le hablo es la percepción que yo siento al dar el servicio, a lo que yo atiendo (Dr. L).*

Las opiniones vertidas establecen entonces que la gente se va satisfecha con el servicio recibido. Sin embargo, no deja de sorprender que pueda disculparse aspectos como la demora en su atención o incluso el maltrato siempre y cuando se atiende al usuario, lo que habla entonces tanto de una prestación de servicios inadecuada por parte de la institución (prolongado tiempo de espera para ser recibido en consulta), como del profesional médico al maltratar a los pacientes, y sobre todo de la resignación y necesidad que el paciente tiene por ser atendido y que pasa por alto esos inconvenientes con tal de ver satisfecha su demanda de servicio, aún en esas condiciones.

---

## 6.8 SATISFACCIÓN DEL MÉDICO

---

En el discurso de la mejora de la calidad se habla insistentemente de la satisfacción del usuario, y si bien se asume que el proveedor debe estar también satisfecho no se ahonda mucho en ello. Durante las entrevistas se planteaba esta inquietud desde el punto de vista de quien brinda el servicio, preguntando qué podría decirse en cuanto a la satisfacción ahora del médico, en el marco de la campaña de la cruzada. Los comentarios vertidos abarcan entonces el decir de los propios médicos en cuanto a su satisfacción en términos de las condiciones de trabajo, comprendiendo por tanto, el lugar, los recursos y los materiales para el desempeño de su labor, sea esta de índole administrativa o de atención directa con los pacientes. También se abordaron aspectos económicos y de prestaciones.

Comencemos por escuchar a los actores mismos, quienes manifiestan incomodidad con respecto al espacio asignado para desempeñar su labor:

*Se dice muchas veces que para brindar buenos servicios el primero que debe de estar bien es el médico ¿bien desde qué? Pues desde*

*que esté en un lugar adecuado, porque no vamos a brindar una buena atención si nosotros no estamos en un lugar adecuado, una buena calidad, si nosotros nos sentimos incómodos, empezando desde ahí. Si el médico no trabaja en un área adecuada pues ahí como que se siente mal para atender, si no tiene los recursos suficientes pues también, aunque quiera él a veces tampoco puede dar la calidad adecuada, lo que nos pasa mucho en la Secretaría de Salud (Dr. F).*

Así tenemos que las condiciones de trabajo no son las óptimas, situación similar se reitera en cuanto a personal de apoyo o insumos para el desarrollo de tareas administrativas, los cuales son limitados:

*...ya no hay lugar donde guarde yo papeles, no hay secretaria, yo soy el secretario y al mismo tiempo el patrón de mi puesto, ya tuve que ubicar parte de la papelería en un consultorio, porque ya no cabe, pero no hay dinero para un archivero, para... yo encantado que se me facilitara con un archivero, pero pues no hay dinero. Vamos a tratarlo, vamos a tratar de conseguir, etcétera, un lugar más amplio, más cómodo, sin tanto ruido, que está usted oyendo lo que sucede allá o lo que sucede acá, más lo que sucede afuera, sin ventilación y bueno... dijéramos, no me quejo, pero si se pudiera ¿vale la pena que se pudiera verdad? (Dr. M).*

La situación en cuanto a las condiciones para prestar el servicio de atención a pacientes son también difíciles:

*...que a lo mejor se cuente con un consultorio adecuado, todo lo indicado y no va a pedir lujos sino simple comodidad para que él también brinde oportunidad o comodidad al paciente. No es lo mismo que se ofrezca con su consultorio, una mesa de exploración adecuada, a un este... que el paciente llegue a una mesa inadecuada que se esté cayendo, que le falta esto, o que no tenga inclusive una sabana para cubrirse. Pues ahí hasta el médico está sintiendo incomodo al paciente. Son varias situaciones ¿no? (Dr. F).*

Los médicos entrevistados pertenecen a un hospital de la Secretaría de Salud, entidad que no ofrece fármacos a sus pacientes, por lo que el abasto de medicamentos es también un problema:

*...a veces por muchos esfuerzos que hacen pues bueno no tienen más, trabajan con lo que tienen. Por otro lado, bueno, los pacientes*

*son los que traen esos medicamentos, son de su bolsa, ya que lo tienen que comprar, pero algunas veces tampoco el paciente tiene, entonces qué sucede, que bueno, son pacientes que se van a complicar, se van a deteriorar y muchas veces llegan a la muerte (Dra. C).*

En ese sentido y bajo las condiciones relatadas la satisfacción del médico es escasa, de hecho el modelo de calidad que se impulsa promueve fundamentalmente la satisfacción de los usuarios, ignorando o dejando de lado en el mejor de los casos la satisfacción del médico:

*Mi percepción es que ha venido decayendo, si hablamos desde la perspectiva del prestador del servicio. A mí me da la impresión de que están más con el enfoque de la satisfacción del usuario, que nada tiene que ver con el prestador de servicios. Satisfacción ¿de qué me hablas no? En primer lugar, estás reconociendo que tengo un problema de calidad, me estás acusando de que soy el responsable de un problema de calidad, pero no hay con qué, tengo áreas cerradas, no tengo aire acondicionado, no tengo suficiente ropa, no tengo esto, no tengo lo otro, no tengo instrumento de trabajo y esta es una expresión frecuente (Dr. V).*

De este modo se constata que el énfasis está puesto en la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario; si bien hay referencias a la satisfacción que reportan los proveedores en documentación de la Secretaría de Salud durante el periodo de vigencia de la campaña de la Cruzada, estos no son consistentes al no ser reportados anualmente datos sino sólo ocasionalmente<sup>92</sup>.

En cuanto a los incentivos económicos, los entrevistados plantean:

*...también dicen: la satisfacción del paciente reditúa, eso a nivel privado por así decirlo, pero a nivel institucional... por ejemplo, aquí tenemos médicos de contrato en el servicio de urgencias, médicos de contrato que se les está dando dos mil pesos a la quincena*

---

<sup>92</sup> Uno de los objetivos específicos del Programa de la Cruzada contemplaba elevar la satisfacción de los prestadores de los servicios (Secretaría de Salud, 2002a). Al respecto hay poca información reportada en la documentación oficial del periodo 2001-2006, lapso de tiempo en que estuvo vigente el programa; únicamente se documenta la intención de hacerlo en el documento de presentación de la Cruzada y datos al respecto en un reporte denominado "Observatorio del Desempeño Hospitalario 2003" (Secretaría de Salud, 2002a, 2004 respectivamente). En el balance del sector salud realizado por las autoridades en la materia tanto del sexenio 2001-2006, como del actual, no hay referencia alguna al rubro de satisfacción de los prestadores del servicio (Secretaría de Salud, 2006b, 2007c respectivamente).

*¿díganme si se le está dando calidad al médico por prestar sus servicios? Pues no, no se le está dando calidad ¿calidad hacia el paciente? ¿y el médico o el personal de salud? Por ser simple médico, esto es que profesionalmente o éticamente pues sí se puede dar eso, pero pues también necesita comer, sobrevivir, alimentarse ¿no? Entonces pues ahí la calidad del médico cómo se está viviendo ¿no? Una satisfacción pues que no es la correcta ¿no? (Dr. F).*

En ese sentido, la comparación de sueldos con otras instituciones de salud del sector público, especialmente con el IMSS se reitera, así lo manifiestan:

*Estoy hablando no sólo por mí, sino por el sentir de todos los médicos, pienso que esto va muy de la mano de los aspectos salariales, de los aspectos de prestaciones, queremos equiparnos, bueno ha sido desde muchísimos años yo diría desde que se abrió el hospital, equiparnos, compararnos a los sueldos que perciben en el seguro social, de hecho yo trabajé muchos años en el seguro social y aquí también al mismo tiempo, entonces es una disparidad que tenemos, tenemos las mismas responsabilidades (Dr. M).*

En el rubro de las percepciones económicas se plantean opiniones acerca de la diferencia que hay en los salarios otorgados por una institución y el ingreso por ejercer privadamente la profesión, situación que repercutirá como más adelante se expone, en la permanencia o no del médico en la institución durante su jornada laboral:

*...aquí finalmente el aspecto económico juega un papel muy importante, fundamental, poner un ejemplo o dos ejemplos, tengo una cirugía particular o una consulta particular, de allá voy a sacar, si es una cirugía saco quizás la quincena o la letra de mi carro o no sé, le pago a mi secretaria un mes (Dr. M).*

En materia de la satisfacción del médico en cuanto a la tarea desarrollada, se escucharon comentarios que destacan un compromiso por la tarea realizada, por la profesión misma a pesar de las condiciones ya descritas como son: la carencia de insumos, condiciones inadecuadas del lugar de trabajo e incentivos económicos limitados. También se reportó cierto disgusto o malestar de los pares por estas situaciones que repercuten en su satisfacción personal.

*...vamos aprendiendo y nos sentimos de repente buenos médicos cuando acertamos ¿no? Pero ya después de cierto tiempo, el sentirnos satisfechos de lo que estoy otorgando nos da la confianza, nos da la seguridad como para desarrollar mejor nuestras posibilidades profesionales, entonces es cuando ya nos empezamos a sentir todavía mejor, por eso es un sentimiento, un sentimiento. También yo le puedo decir de que a lo largo de 12 años de que ya tengo acá, no cambio mi hospital, no cambio mi servicio, pero ya aquí es profesionalmente en donde seguimos aprendiendo, es en donde valoramos también nuestra capacidad, nuestra capacidad médica, nuestra capacidad humana, nos sensibiliza también. De repente se nos critica mucho de que ya somos muy materialistas, de que hemos perdido el sentido humano en cuanto a la atención pero también este... no ven el entorno, no ven el sistema en el que estamos trabajando, con qué estamos trabajando (Dr. L).*

En este contexto, con todo y la escasez de recursos y la poca atención prestada hacia sus demandas, una entrevistada se expresa así:

*No, a nadie le interesa, si están satisfechos [los médicos], eso es lo de menos. No, no les interesa si están o si no están. Y si usted dice es que esto está así o nos pagan muy poco o lo que sea. Bueno, ustedes se alquilaron con eso, si gustan quédense, si no váyanse. Sí, muchas veces es así. Le digo siempre están pues exigiendo, pero no hay así satisfactores, pues. Aunque le digo a mí me encanta atender a mis pacientes... y creo que muchos médicos igual así (Dr. B).*

Para configurar la satisfacción que expresa sentir el personal médico con su trabajo se conjuga ciertamente tanto las condiciones laborales como la experiencia propia del profesional con la institución. Otro factor que afecta la satisfacción resultante es el apoyo o no que reciban de las autoridades, la permanencia o no de estos en el cargo, así como la vigencia de los programas, la cual depende de la administración sexenal que la instrumente:

*Va desde por la actitud de cada persona, algo muy importante: la actitud. Puede ser que se sea una gente que tenga mucho tiempo en la secretaría y que a lo mejor muchas veces nada más está esperando jubilarse, ya le vale ¿los programas? Ah sí, pero le vale ¿por qué? Porque a lo mejor está, a lo mejor ya está cansado,*

*cansado físicamente, también cansado de que es un proyecto más y más que pasa y nada ¿sí? El médico nuevo que trabaja con mucho gusto, pero pues que le están pagando muy poquito, que no le están asegurando y que se puede ir en cualquier momento (...) a lo mejor están con la buena voluntad, pero también digo si no hay la satisfacción primero a veces del mismo médico, pues este ahí es donde empieza ¡no pues otro proyecto más! Otro papel que llenar más y no nos dan los recursos y así quieren que llevemos estos programas. Y hay gente con una actitud positiva: no pues sí vamos a llevarlo aunque no contemos con, con lo que se pueda vamos a hacerlo. Hay situaciones contadas de diferentes personas y no se justifica, lo que pasa es que más que nada son los que han vivido diversas situaciones y hay gente pues, con una actitud muy positiva otras pues que no, les vale y otras que de plano es negativa ¿no? ¿eso para qué? Sí no sirve, ya nos lo hicieron hace dos años y pasó igual (Dr. F).*

*¿Qué condiciones también necesitarían mis médicos para ellos sentirse satisfechos? Más tiempo, mejores condiciones de trabajo en cuanto a que tengan todos los implementos, aquí muchos de ellos que te diré improvisan, tienen que improvisar cosas, hacen procedimientos muchas veces, no digo a ciegas, pero casi casi pero ¿de qué está hablando? De su interés por hacer las cosas, si pero puede llegar un momento en que esto se convierta en frustración y decir, bueno yo estoy haciendo realmente esto, me estoy exponiendo, puedo incurrir inclusive en un accidente, y entonces lo que se me viene es una demanda, entonces si ellos se pusieran en el plan de decir pues hasta que yo no tenga todo no trabajo y lo pueden hacer, sí, y para una institución. Sabemos que en todo el país, salud es una de las áreas que se promueven mucho en campaña: 'salud y educación para todos' ¿sí? Pero a la hora de la hora... realmente los recursos son muy pobres (Dra. C).*

De este modo, la expresión de los entrevistados transitó en un amplio espectro, el cuál va de una satisfacción con la propia labor del médico, particularmente la atención a pacientes hasta una insatisfacción generalizada que cubre diversos aspectos como la demanda por mejores condiciones para el desempeño de su profesión, carencia de insumos básicos para su ejercicio, cierto desencanto ante las iniciativas de mejora propuestas y un malestar por la retribución económica recibida:

*...hay quien puede estar muy altamente satisfecho y muy poco satisfecho, en el orden de ideas lo que ellos hablan es de malos salarios, hablan de poca recompensa, hablan de poco reconocimiento a su labor, hablan de la carencia de recursos y el estrés que genera el no tener con qué suturar, con qué operar, con qué atender, la carencia de tecnología, de actualización tecnológica, entonces si pudiéramos decir que hay alguna percepción en lo general de la insatisfacción, habrá quien diga que no estamos satisfechos (Dr. V).*

## 6.9 PERCEPCIÓN DEL HOSPITAL

---

Un aspecto importante a considerar en el presente estudio es la ubicación del hospital como una organización particular, por tanto, resultaba de interés preguntar cómo consideran los entrevistados el sitio en el que laboran (el hospital). En ese sentido los médicos expresan que hay normatividad, pero que ésta no se aplica del todo, existiendo entonces cierta discrecionalidad en su administración, e incluso se dice que pueden aceptar cierta descortesía o falta de atención siempre y cuando el médico sea bueno:

*Ahora también es una situación de cultura administrativa, los hospitales acá, sobre todo estos hospitales públicos que no es el seguro mucho menos ISSSTE, este... las reglas administrativas son poco, como que poco tomadas en cuenta ¿no? Hay reglas generales y sí, sí me apego a ellas; pero no tenemos reglas tan estrictas como el seguro social donde tienen productividad, evaluación de productividad, o sea un médico debe tener este tipo de participación si no, no está recompensado, o sea baja su salario, a lo mejor el bono. Aquí no, aquí no, porque nunca ha habido suficientes recursos para el estímulo, entonces así como que es un juego: pues bueno, haz lo que puedas, no te voy a dar más y entonces cuando se trata de instrumentar reglas, normas, darles seguimiento pues entonces la gente se pone... bueno como me pasa aquí. ¿de qué se trata? Súbeme el sueldo... lo primero que te trabajan es eso... (Dra. N).*

*...además en el seguro social son muy normativos, y la carga de trabajo es mucho mayor, la presión es mucho mayor, entonces como que queremos asumir el papel, y lo hablo por los compañeros*

*insisto, lo que se hace en el seguro social, lo que se paga perdón y las prestaciones que se dan, pero no todos están de acuerdo en trabajar como se trabaja allá, con mucho mas disciplina y con mas normatividad (Dr. M).*

*Y ahora así pensando como en el humana [hospital privado] ahí hay normas muy estrictas, si te quieres meter a ese hospital las tienes que cumplir y dentro de esas normas pues esta que lo evalúan a uno (...) son evaluados y se dejan (risas). Ahí ya cambio, pero ya cambio porque ahí hay un salario, otro tipo de prestaciones (Dr. N).*

Con relación a los comentarios vertidos se establece entonces el conocimiento de la existencia de una normatividad, la cual no siempre es atendida argumentando que la retribución es desigual en comparación con instituciones de salud pares. De este modo se deja planteado que la atención oportuna no depende sólo de una buena voluntad de la persona, sino que se conjugan diversos aspectos, entre ellos la propia normatividad del hospital, la existencia de una serie de prácticas institucionalizadas que repercuten en la asunción o no de las reglas correspondientes por parte del personal, la disponibilidad de los insumos y la retribución económica recibida. Los siguientes comentarios ratifican esta impresión.

*[En el IMSS] ...necesitas estar de permanencia desde las ocho de la mañana hasta las dos y media de la tarde, pues a lo mejor pensamos no, bueno si pero pues a igualdad de sueldos... siempre nos comparamos, creo que es bueno, compararnos con el seguro social. En el Seguro checas, a la hora que te sales tienes que hacer un pase de salida y checas y aquí nos hacemos un poco de la vista gorda. Entonces le damos, nos hacemos, no digo que les demos permiso, nos hacemos como que no veo, lo importante es que: pasó visita, exploró a sus pacientes, que bajó a su consulta, que se fue a quirófano. Pues a veces dicen, no a mí precisamente ¿verdad? 'Ahorita vengo' o sino a sus jefes de cada servicio o a veces ni eso ¿verdad? Y pero bueno sobre de ellos queda. En igualdad de salarios igualdad de exigencia, me exiges mucho, yo te exijo a ti y entonces es cuando empezamos a tragar tragos gordos ¿verdad? (Dr. M).*

Destaca en estas líneas la ausencia de los médicos en su jornada de trabajo, situación que se constata con el dicho de otro médico entrevistado, quien asevera que debe de cumplirse el horario de ocho horas que se tiene contratado

o bien que asuman el compromiso que se tiene con el hospital y con los usuarios de los servicios.

*...es como si yo contratado por ocho horas me concretara a trabajar las dos horas que me toca pasar visita, este... me voy, atiendo mi consultorio y regreso a las dos horas antes de mi salida, entonces creo que ahí si estamos un poquito mal enfocados en el sentido de bueno, pues si yo estoy por ocho horas las debo de cumplir ¿no? Y se aduce a que a lo mejor nuestro salario es bajo, a que no tenemos las prestaciones que otras instituciones tienen y dicen: bueno de otro sitio tengo que buscar mi recurso, mis ingresos como para lo que yo estoy acostumbrado y bueno entonces llevan un, aparentemente llevan un equilibrio en el servicio que presto acá, con el servicio que doy por fuera (Dr. L).*

Otro testimonio más deja entrever que si bien el personal de salud cumple con sus tareas asignadas, también es cierto que parece ser práctica común que algunas personas se ausenten de sus labores y atiendan sus asuntos particulares.

*Realmente aquí los médicos, las enfermeras, son buenos médicos y buenas enfermeras o los paramédicos también. Creo yo es más como con los policías, los que dan una atención muy mala son los que echan a perder mucho del trabajo que se hace en el hospital y uno que otro elemento sin vergüenza ¿verdad? Es el que lucra, que no cumple con lo que debe. Porque aquí casi siempre se ponen muy exigentes de que no llegues tarde un minuto, eso es lo que les interesa y yo creo que eso es inoperante ¿no? Cada quien como adulto debería de decir yo tengo el paciente citado y no lo voy a dejar, ni me voy a salir al banco y lo dejo ahogándose en la tina, y eso es trabajar con responsabilidad, entonces muchísimos trabajamos con responsabilidad pero algunos no (Dra. B).*

La normatividad no se cumple por parte del personal médico de acuerdo a lo expresado por los entrevistados; sin embargo, a un mismo tiempo la autoridad no la hace cumplir, por lo que ambas partes simulan sus responsabilidades.

*...hay que hablar mucho con el médico, hay que explicarle, bueno la gente se está quejando, ellos lo saben, pues también saben donde están sus debilidades ¿no? Pero yo creo que también se requeriría aquí también sancionar, o sea de plano ¿no? Si ya hubo alguien que trató mal a la gente, si hay alguien que ya está*

*identificado porque pues... además en un lugar tan chico como este, eso ya lo saben, ya hay uno que está identificado, bueno ¿y por qué no se hace nada? Bueno porque es pariente de alguien, porque ya tiene tantos años, entonces ahí venimos otra vez a... no cumplimos las normas, nos brincamos las reglas, entonces yo creo que esta así interesante y bien como una buena idea pero tendría que ir más allá para resolver realmente los problemas que están afectando a estas, que realmente fueron las quejas de la gente a través de encuestas, los tiempos largos de espera, y el maltrato por algunas gentes, no necesariamente por el médico, porque a veces el maltrato se identifica más por el asistente médico, por el trabajador social o por la enfermera y fíjese que del médico a veces, como que la gente le disculpa que pudiera tratarlo mal cuando el médico es bueno (Dra. N).*

En cuanto a la operación del hospital se destacó que estos a diferencia de los servicios de primer nivel de atención presentan un grado mayor de complejidad en cuanto a su gestión:

*Yo veo ahí que a diferencia del hospital es menos personal, son menos complejos los procesos y aquí no, aquí es al contrario tenemos más servicios, hay una mayor complejidad, tienes más personal, el nivel de la gente es más alto, pero en ese nivel de formación son más complicados para convencer en relación a un programa de sensibilización (Dra. N).*

El hecho de estar en funcionamiento las 24 horas al día, le confiere al hospital otra característica particular que repercute en la atención brindada a los usuarios:

*El hospital funciona diferente de mañana, de tarde, de noche, o los fines de semana. En la mañana pues hay todo el personal, todo con que trabajar, en la tarde hay menos y de noche o los fines de semana es terrible. El personal es diferente, también la cantidad (Dra. B).*

El hospital constituye entonces, un espacio organizativo caracterizado como un espacio complejo, con carencias de insumos para su funcionamiento, una dinámica de comportamiento particular por parte de su personal médico, es objeto de críticas por parte del público usuario y realiza demandas hacia su personal por parte de las autoridades para mejorar la calidad del servicio

otorgado. De este modo el hospital presenta, a decir de un entrevistado, una cultura organizacional particular lo que hace que el ambiente a su interior sea de incertidumbre, denominándosele incluso como una entidad fuera de norma, es decir es tal la limitación de recursos e insumos necesarios para su operación, que su operación misma se pone en riesgo.

*Hay instituciones, como esta en particular que tiene una incertidumbre muy grande (...) con una subcultura que yo le llamaría: cultura organizacional fuera de norma. Entonces todo lo que tenga que ver con ajustes crea un clima organizacional complejo y esto genera insatisfacción. Yo creo que en general el clima dentro de las organizaciones del sector salud es muy tenso, hay mucha incertidumbre, hay un sistema de mala recepción de estas políticas porque no se acompañan con lo que a ellos [el personal de salud] les ocupa (Dr. V).*

De este modo, se tiene la visualización del hospital como un espacio en el que ciertas condiciones de infraestructura y abasto de insumos no se cumplen a cabalidad, propiciando a su vez, que el personal no atienda la normatividad correspondiente en aspectos como la permanencia en el trabajo durante su jornada laboral.

Durante la entrevista emergieron temas, que sin estar considerados en la guía inicial, resultaron pertinentes en tanto se ligan con los aspectos indagados respecto a la percepción que el personal de salud, específicamente médicos, tienen del programa de calidad. A continuación se detallan estos tópicos:

#### 6.10 TEMA EMERGENTE 1. ACCIONES DE CALIDAD PROPUESTAS POR LOS ENTREVISTADOS

---

El planteamiento del entrevistado en cuanto a la calidad establece que está no debe buscarse como objetivo o meta por alcanzar; es más bien la consecuencia de una serie de acciones o tareas que deben realizarse por sus integrantes al interior de la organización:

*La respuesta es no incorporar la calidad a la búsqueda de la calidad como un objetivo o sea como una meta, si nosotros planteamos de que mi meta es mejorar la calidad creó que ahí es donde está el*

*error, para mí la calidad debe ser el resultado de una serie de acciones que es diferente (Dr. V)*

Este comentario coincide con el sentido de la inaprehensibilidad del término, en tanto se convierte a su vez en el medio mismo para lograrlo, esto es, se recurre a la 'calidad' para lograrla; de ahí que la sugerencia es entenderla como un conjunto de aspectos y/o condiciones, que una vez cumplidas pueden dar como resultado la obtención de un producto o servicio que puede ser calificado entonces con ese adjetivo.

En ese sentido, para el entrevistado la calidad es producto de un proceso, de la realización de un diagnóstico y de un reforzamiento de las diversas áreas y procesos implicados en el funcionamiento de un hospital:

*El personal directivo debe estar capacitado, debe tener algún tipo de estudios y experiencia en administración de hospitales, dos, establecer claramente que es lo que quiere ¿A través de qué? De un buen diagnóstico adecuado, no se puede tratar igual un hospital que otro, se tiene que diagnosticarlo como el médico diagnostica para poder iniciar un tratamiento, y que los programas deben ir encaminados a un todo, es decir, por un lado, la parte de mantenimiento, por otro, el equipamiento, la de recursos humanos, la de organización de los derechos laborales, etcétera, y en la medida en que se vaya resolviendo toda esta parte o sea normatizar sin llegar a los extremos e instituir todo lo que son los procedimientos, protocolos y procedimientos de manejo para unificarlos, hacer que el médico sepa para dónde va, porque de pronto se pierde la dirección de los hospitales, hacia dónde queremos ir, qué somos realmente. No conocen ni su política, ni su visión, ni su misión, ni sus valores, todo se desconoce, la normatividad existe a veces en el papel, no se aplica, entonces yo creo que es un proceso que debe ser producto de un programa de muchos años donde se vaya revisando cada una de las debilidades de, e ir las fortaleciendo y el resultado de todo esto podrá llamársele calidad, pero como resultado de (Dr. V).*

En ese mismo orden de ideas, el entrevistado reitera, que la calidad repercute de algún modo en la atención y el servicio prestado como producto de una serie de acciones específicas y no sólo como discurso o moda de un periodo o sexenio particular, con lo que se tiene de nueva cuenta esta idea de entender la calidad como resultado de un conjunto de tareas realizadas:

*...la concepción de la calidad: como el resultado de... una bola de cosas, pero no como objetivo principal. Es decir si yo mejoro los insumos y mejoro esto y mejoro lo otro, por fuerza la gente va cambiando, opera más a gusto y a lo mejor está más a gusto, trata mejor al público pero cuando menos que no sea atribuible una mala cirugía porque no hubo una sutura, o una anestesia, esto es que no se nos muera la gente, que salga bien aunque se sigan expresando mal de nosotros. Sí la parte técnica, primero tenemos que ver que los médicos también estén bien preparados, estén certificados, promover la certificación, promover la actualización, técnicamente. La otra parte ya, la humanitaria, llévate bien, échale ganas y usted es lo máximo, como que esta yo la veo secundaria, que va ser muy difícil de incrustarla o la logramos en picos, mientras dura la capacitación, o sea cosas de motivación, todos salen bien motivados y al tercer día ya están igualitos ¿no? Entonces, en base a eso es que creo que se puede y es un trabajo a mediano plazo, bueno probablemente y además aquí es otro problema que en México, no pueden ir los proyectos, planes y programas más de un sexenio (Dr. V).*

De nueva cuenta, los testimonios de este entrevistado reiteran comentarios ya recopilados: la calidad como moda sexenal, su impulso mediante acciones de capacitación caracterizadas por detonadores de índole motivacional en algunos casos, así como la escasez de materiales e insumos para el desempeño de las actividades. Se plantea asimismo la diversidad de concepciones de calidad: enfoques importados de la industria y la mercadotecnia, frases comerciales que remiten a lugares comunes y en menor proporción propuestas de calidad surgidas desde el ámbito médico; en síntesis, no hay acuerdo de cómo definirla y medirla. De este modo se abordan únicamente ciertos componentes de la calidad: trato amable, información al paciente, tiempo de espera pero quizás otros, los que implican un mayor despliegue de recursos (mejores salarios, instalaciones adecuadas, equipamiento suficientemente), no siempre son considerados.

## 6.11 TEMA EMERGENTE 2. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL

---

La noción de la calidad, como producto de una serie de arreglos estructurales y de insumos que se conjugan en procesos particulares de atención a los usuarios,

implica atender también cómo se organizan los elementos que intervienen. De este modo tenemos que un problema planteado por los entrevistados es la oferta desigual de los servicios, en donde pareciera ser que el primer nivel de atención no está cumpliendo, ya sea por el horario en que presta servicio (sólo en las mañanas y hasta las 15 horas), o porque no está suficientemente capacitado para atender y detectar problemas a ese nivel. Se habla también por parte de las autoridades, que el público usuario no distingue las urgencias reales de las sentidas, con lo cual se satura este servicio, demorando la atención. Sin embargo, una de las entrevistadas expresó:

*También implica que trabaje bien el primer nivel, porque esa gente viene aquí porque tiene la necesidad y no se la resuelven allá, entonces ahora resulta que no nada más implica el que yo resuelva el reducir los tiempos de espera en urgencias no es solamente atender más rápido al paciente, evaluar las causas, ya las tenemos identificadas que la mitad de pacientes que llegan no son urgencias, implica educarlos, implica que los otros servicios realmente presten los servicios que deben, resulta que los servicios de primer nivel nada más están mediodía, hasta las tres de la tarde, o sea la gente no se enferma hasta tal hora, no, la gente tiene necesidades hasta... entonces esto es problema del sistema, entonces que el hospital solito no lo va a resolver (Dra. N).*

En el mismo sentido, se manifiesta la necesidad de contar con mayor personal, lo cual tiene que ver con el propio sistema de salud, su administración interna:

*...el otro punto es la administración interna, es decir, pues bueno me falta una persona de filtro, que alguien que realmente me esté colando cuáles son las urgencias, alguien que les esté informando a la gente, o sea tengo que ver la forma de resolverlo y entonces pasa lo que aquí hace nuestra gente y no lo hace mal: yo atiendo al que realmente es urgente, que pase. Y lo evalúa a veces la secretaria, a veces un médico que va pasando o el paciente llega y toca y obviamente como traen al herido al que está desangrando pues es una urgencia, entonces pasa. Y entonces resulta que si están atendándose inmediatamente las verdaderas urgencias y se están quedando los otros, pero ese problema así como que no se está evaluando, el programa se está evaluando a través de las encuestas: cómo este hospital ya redujo, cómo este hospital ha incrementado... (Dra. N).*

Se apuntaba arriba que la dilación en la prestación de los servicios tiene que ver con la propia actuación de los médicos:

*Hay que darle la información a los que vienen a solicitar el servicio ¿Qué es esto? Muchas veces el usuario no es el culpable de venir hasta acá sino que él... como sabe, nos manejamos por niveles de atención, el primer nivel de atención que es el primer contacto con el paciente de repente no le resuelve, o no le quiere resolver la problemática que se puede resolver en ese nivel. Entonces lo más fácil se lo paso a.... se lo paso al hospital y eso nos genera un incremento en la demanda. Entonces, al tener nosotros ahorita un incremento en la demanda, de repente nos alarga, por ejemplo los tiempos de espera, nos hemos convertido aquí en urgencias específicamente en un servicio de consulta externa. Por política institucional, por política gubernamental no podemos negar el servicio (Dr. L).*

En algún momento se habla de educar al paciente, que determine él mismo si su caso se trata de una urgencia real o sentida, con objeto de no saturar los servicios de ese nivel de atención; sin embargo, este mismo entrevistado destaca que no es únicamente por falta de información, sino que también corresponde a los médicos esta situación, se requiere entonces un mayor profesionalismo de su parte para no seleccionar o atender únicamente cierto tipo de patologías.

*...falta también de crearle conciencia a los médicos que deben tratar de resolver hasta lo más que se pueda la problemática de ese tipo de pacientes. Entonces aquí hay algo que también se ha dado, la falta de capacidad profesional a nivel del primer nivel, se han encasillado más bien en que yo nada más veo embarazadas, veo hipertensos, hipertensos fáciles, diabéticos fáciles, niños que no tengan muchos problemas, entonces han caído en no más de diez padecimientos y dicen, esto es lo que yo puedo manejar o lo que yo quiero manejar. Ven algo distinto y como que les da miedo pues, se han acostumbrado a ver lo sencillo, como que les falta retomar nuevamente a lo mejor mayores patologías, un poquito de mayor interés también en sus pacientes. Porque dicen, bueno pues aquí ya tiene una complicación y ya no le entro ¿no? Desconocen también el tipo de manejos, y bueno finalmente llegan para acá, hacemos una revaloración y lo que hacemos es remitírselos de nuevo (Dr. L).*

De este modo, la organización de los servicios que presta el hospital se ve rebasada cuando los propios médicos de primer nivel seleccionan el tipo de patología o caso a tratar, dando como resultado que aquellos pacientes no atendidos en su oportunidad, saturan servicios como el de urgencias. Sitio donde el usuario a final de cuentas será re-valorado y remitido nuevamente a consulta externa, dilatando en consecuencia su atención.

### 6.12 TEMA EMERGENTE 3. ESCASEZ DE RECURSOS PARA EL EJERCICIO MÉDICO

---

Un tema recurrente durante las entrevistas fue la escasez de recursos e insumos necesarios para el ejercicio de la profesión médica, tanto para la atención ofrecida en el consultorio como para intervenciones mayores (cirugías). A continuación se presentan testimonios que dan a conocer esta situación, asimismo, se da cuenta de que esta escasez de recursos está por encima de la calidad misma, para finalmente mostrar la forma en que se va configurando y reforzando la mala imagen de los servicios públicos, justificando públicamente su transformación o desaparición en tanto no son eficientes ni de calidad.

*Se abre la famosísima cruzada nacional pero nunca dicen ¡Vamos a aportar! Así es ¿quieren que se dé calidad? Pues bajando las cosas del cielo ¿no? (Dr. F).*

*...mucho del problema puede ser en un momento dado los insumos, que aunque quieran hacer sus labores, a lo mejor no tienen todos los medicamentos, no tienen todos los aparatos, etcétera., y bueno pues eso impide que se lleve a cabo todo, todo el conjunto, en sí el trabajo (Dra. C).*

*...yo vengo a la consulta, necesito una enfermera que esté aquí conmigo, una demanda, necesito yo una enfermera pero tengo cuatro y de las cuatro, hay una ya con incapacidad permanente, otra que también está con incapacidad, solamente tengo dos para trece consultorios; a veces llegan a mandar estudiantes, pero no es lo mismo una estudiante que una enfermera, entonces cada uno quisiera lo mínimo indispensable que es una máquina de escribir, quizás aunque no mucho sillas, que tenga yo silla, el paciente silla, quizás el familiar no, el paciente sí, y la sillas ya están deterioradas, la mayoría de las sillas. Entonces se van sumando las cosas,*

*necesito un estetoscopio, tenemos pocos estetoscopios, necesito baumanómetros bueno, eso se ha ido solucionando, ahora prácticamente todos los consultorios tienen baumanómetro, pero estetoscopios tenemos pocos, necesito pilas para mi equipo: oftalmoscopio, otoscopio, etc. Pues no hay, es que ya las pedí hace un mes, pues sí pero pues no hay dinero, y las puedo pedir, desde marzo del año pasado estoy pidiendo y no han llegado, aquí o me canso de estar mandando oficios pidiendo, pidiendo y diciéndome no hay, no hay, no hay. Entonces el aspecto material y equipo es bajo, no es el ideal. Los espacios de los consultorios no son los espacios adecuados, están limitados, entonces hay algunos muy reducidos otros no tanto, pero el 50% de los consultorios no tienen agua, nada más agua. (...) En cirugía, varios especialistas, no digo todos pero varios especialistas traen su material, traen su equipo, ponen su equipo y hacen unas cirugías de tercer nivel pero porque traen su material, porque se desgasta aquí su material (Dr. M).*

*Faltan muchísimos recursos en instituciones sobre todo en este tipo, así que realmente los pacientes son los que tienen que ir a comprar muchas veces el medicamento (...) A mí, me ha tocado ver médicos de este servicio que ponen material, que ponen de su bolsillo pero bueno ¿hasta cuándo? (Dra. C).*

*...por eso le digo que los médicos cuando les llega cualquier paciente, ellos luchan por que se les atienda, a veces andan viendo quién les regale la medicina porque no hay, quién regala los clavos por que no tiene con qué, etcétera, etcétera (Dra. B).*

*Quieres que yo trate bien al paciente, lo trato bien, pero pues si no tengo ni con qué trabajar, no hay hojas, no hay papel de electrocardiograma, no hay laboratorio, no hay esto ¿con qué quieres que trabaje? ¿cómo lo opero? Pero esto es a lo que nos acostumbraron. Durante años, el médico se ha acostumbrado a trabajar así, entonces aparecen frases como: tú haces como que me pagas, yo como que hago como que trabajo, yo te ayudo así (Dr. V).*

Para la autoridad misma, la calidad está en un segundo nivel de atención, en tanto se deja de lado ante otras necesidades como pueden ser, requerimientos materiales que implican el funcionamiento del propio hospital:

*Para el director por ejemplo, este a lo mejor si yo voy y le planteo, mire es que en la consulta externa estamos poniendo carteles, este anuncios para que vea el personal... la gente, a dónde va... te dice, bueno sí ¿pero sabes qué? Pues ahorita tengo que mandar reparar algún equipo que ya se descompuso... (Dra. N).*

Este recorte de recursos al paralelo de las denuncias de una mala calidad de los servicios públicos de salud conlleva a considerar la conveniencia de su desaparición o transformación:

*...desde el punto de vista profesional tratamos de dar, en el aspecto técnico en el aspecto profesional, tratamos de dar un buen servicio, muchas veces en donde nos estamos viendo mermados en esta calidad es en los insumos, en la oportunidad, en la oportunidad de insumos. Esto debido a probablemente recorte de presupuestos que nos está generando que los insumos vayan también siendo escasos, esto sí, nos crea un poco o un mucho de mala imagen ante aquellos que vienen a demandar el servicio (Dr. L).*

*Han expuesto a los servicios públicos, a todos los públicos a una serie de restricciones que hacen que la población perciba como de mala calidad los servicios, se entiende por ahí que de pronto al desaparecerlos o al transformarlos, la población haría poca protesta, puesto que ya son de mala calidad (Dr. V).*

#### 6.13 TEMA EMERGENTE 4. REFLEXIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Otro de los temas que emergió en las entrevistas con los médicos, al indagar sobre su percepción de calidad, fue respecto al ejercicio de su profesión. Surgiendo de manera espontánea reflexiones en torno a su formación como médicos y a su actuación en la práctica cotidiana.

*“Yo creo que nosotros como médicos, si desde nuestra currícula nos dieran más información sobre qué implica la calidad, qué es la calidad, y además estar sensibles ¿no? Para lo que serían las evaluaciones administrativas, pues entonces no tendríamos tanto choque, a final de cuentas a uno, en la parte de formación, en la ética, pues te dicen que tienes que tratar bien a tu paciente, que si*

*no sabes tienes que consultar con otro, que tienes que evaluarlo completo con una historia clínica, o sea como que en la formación te dan muchos elementos para que trabajes con calidad, y eso es hasta cierto punto lo que me consuela [risas] ¿por qué? Porque a lo mejor el médico en su práctica lo hace bien, los procesos administrativos nos están fallando y eso es lo que da al traste a veces con el todo de la calidad y la planeación (Dra. N).*

*Simplemente no tendría por qué haber estos programas, porque se supone que en lo que estamos, todo lo que hacemos, lo deberíamos de hacer bien, o sea realmente no debería de haber estos programas (Dr. F).*

*Pues si yo soy médico, voy a atender, sé que mi trabajo va a hacer atender a una persona y atenderla lo más pronto posible, darle la información adecuada (...) es para lo que fuimos entrenados, o sea no nos debería causar más trabajo, realmente no nos implicaría más porque es simplemente hacer lo que tenemos que hacer (Dr. F).*

Se apunta entonces que existen carencias, faltan insumos, recursos con los que desempeñar el trabajo, en ese sentido además de las condiciones mismas en las que se desempeña la labor (de carencias como las ya descritas), está la naturaleza misma del servicio que se presta (atención a pacientes con diversos problemas de salud, incluso en peligro de muerte), y el riesgo latente de ser demandado o acusado por negligencia. Así lo viven los médicos:

*...la medicina ha cambiado mucho, antes se brindaba la atención al paciente en el servicio de urgencias; ahora hay mucho problema con esto, porque llegan los pacientes y sobre todo aquellos que tienen problemas de origen de accidente o violencia, llámese atropellados o accidentados. A veces aquí el médico ya está en cierto estrés de que llegué un paciente de estos, que no debería de existir, que existe la famosa atención a la defensiva. Como le decía, antes pues llegaban veían al médico lo trataban, se hizo todo lo posible. Pero a raíz que ha surgido en otros países las famosos agencias de seguros o demandas, muchas veces ya no buscan quién lo hizo, si no quien lo paga. Le dieron de balazos, se murió. No se murió porque le dieron de balazos, se murió porque no atendió al paciente bien. Simplemente no se hubiese muerto el paciente, si no lo hubieran agarrado a balazos, entonces allí ya está*

*metiendo al médico en conflictos, en el cual el médico pues ya ve que no sólo es atender pacientes, sino también a veces defenderse de que no lo vayan a demandar, de varias situaciones, incluso, ya no sabes sí estas a gusto, independientemente que le guste la medicina y su área y hacer las cosas bien, sabemos que a veces son cosas que no se pueden medir, aunque yo haga todo lo posible y lo haga bien, a lo mejor ese paciente de todas maneras va a fallecer pero a lo mejor los familiares entienden y demás. Pero el que no va a entender es el que metieron a la cárcel, el va ver a su licenciado, a su abogado, va acabar los recursos para tratar de sacarlo, sabiendo que él sabe que le dio de balazos y demás, va a hacer lo posible por tratar de defenderlo, entonces ahí hay muchas variables que se van involucrando en la medicina, que no es lo mismo que antes ¿no? (Dr. F).*

En ese sentido, para el entrevistado, ya no está en juego únicamente la vida del paciente, su salud y bienestar, sino también su propia actuación como médico.<sup>93</sup>

*...hay muchas situaciones y por cualquier cosa lo pueden demandar a uno, al médico, y lo estamos viendo, derecho del paciente, derecho del paciente, derecho del paciente y ¿del médico? Donde ponen que debe de ganar tanto, que debe de tener todos los recursos, que lo que él diga se va a someter y que no tiene que ir a otra consulta, a otra opinión, que debe de ser ahí mismo, que no tiene que ir a demandar hasta que pase primero a un veredicto de otro médico y ya posteriormente pasarlo a una instancia civil, pues no existe todo eso, siempre a favor del paciente: No pues es que es obligación del médico, sí pero pues ya dada la situación que hay en la sociedad ya rebasó eso, porque pues el médico también come, vive, tiene responsabilidades en fin, muchas cosas (Dr. F).*

El reclamo descrito engloba mucho el sentir del médico, cierta inquietud en cuanto a su propio desempeño en tanto existe la posibilidad de ser demandado

---

<sup>93</sup> Es una realidad que como resultado del escrutinio por parte de los pacientes y ante el riesgo de ser demandados, los médicos comienzan a seleccionar sus casos, rechazar los que consideran de riesgo, al tiempo que solicitan múltiples estudios, frecuentemente innecesarios para evitar reclamaciones, realizan intervenciones quirúrgicas igualmente innecesarias o dejan de hacer otras que sí lo son, todo ello para evitar las quejas de sus pacientes y evitar una posible demanda. Estas prácticas se denominan defensivas en tanto están orientadas a protegerlos contra posibles demandas, a su ejercicio por parte de los médicos se le ha denominado como atención a la defensiva (Sánchez et al., 2005).

por los usuarios, lo cual se suma a las condiciones en que desempeña su labor: particularmente las situaciones de desabasto ya mencionadas y las percepciones salariales que se tienen. De este modo se tiene que si bien los prestadores incurren en ciertas faltas de comportamiento profesional: trato inadecuado, descortesías, mala praxis, también es cierto que las condiciones estructurales y materiales con las que cuentan no son las óptimas, incrementando también la posibilidad de presentar errores u omisiones en los protocolos de actuación.

#### 6.14 TEMA EMERGENTE 5. INDICADORES DE CALIDAD

---

En los temas ya descritos, durante las entrevistas estuvo presente cierto malestar por parte de los médicos en cuanto a los indicadores empleados para dar cuenta de la calidad de los servicios de salud, destacando que no únicamente la opinión de los usuarios o el tiempo de espera deben ser considerados para tal propósito: “*Sí hay forma de medir su estado [de la calidad de los servicios de salud] y no nada más por su opinión*” (Dr. V).

Los tiempos de espera para ser atendidos van de la mano del tiempo que dedica el médico a cada paciente; de este modo una meta del programa de la cruzada es reducirlos, al respecto la entrevistada expresa lo siguiente:

*...además cuando uno evalúa pues realmente pasan todos: uno te puede dar una consulta de 5 minutos y el otro te la va a dar de 15 y el otro de 20, finalmente son promedios (Dra. N).*

*Yo siento desde ese punto de vista hay un mal planteamiento y entonces solamente estoy dando un discurso: quiero reducir mis tiempos de urgencia pero no se está dando las posibilidades para que se re-estructure todo lo que está atrás de ese tiempo de urgencias ¿no? Ahora, si promedio los tiempos te sale un resultado bastante mediano, los números no me dicen nada; y finalmente ahí en urgencias sí atendieron al que era urgente... (Dra. N).*

Destaca también la importancia otorgada a rubros como mantener al paciente y familiar informado, los cuales debieran ser inherentes a la prestación de servicios de salud, tanto por parte del profesional de la salud como de la misma institución. Es decir, se plantea como aspectos extra o una nueva concesión hacia el paciente aquello que ya está estipulado en la normatividad misma. Este

aspecto se mencionó al abordar el Conocimiento del programa de calidad (inciso 6.3 de este capítulo), recuperemos aquí lo expresado por nuestro entrevistado:

*...me preocuparía que por ejemplo información oportuna se midiera como un indicador de calidad cuando por ley, la ley general de salud establece los derechos de los pacientes y ésta es una obligación del sector (Dr. V).*

Otro elemento que debe considerarse en la propuesta de calidad, es el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la salud: “*están las normas oficiales mexicanas y todo eso está, es legal*” (Dr. V).

Para atender la situación de la calidad de los servicios se proponen entonces algunos indicadores que ya figuran en los anuarios estadísticos y reportes de las entidades de salud, pero que no son utilizados como mediciones de la calidad en este programa. Esta idea es expresada de la siguiente forma:

*Para mí la cruzada por la calidad sí tiene serios problemas de operación, para que yo diga que hay calidad tengo que evaluarla objetivamente ¿sí? No puedo decir que este hospital da buena calidad si no demuestro cómo, entonces de los indicadores que uno podría tener son los negativos. Por un lado, tengo quejas y van de quejas a quejas, si a mí me dijeran que las quejas va por tiempos de espera a lo mejor no me preocuparía tanto, porque es una queja administrativa, pero cuando hay una queja de que hay una complicación o de que el paciente se le estuvo difiriendo la consulta y cuando llegó ya llegó complicado ¿no? (Dra. N).*

En este punto se proponen entonces indicadores como el índice de complicaciones, el índice de mortandad en el hospital, que reflejaría a decir del entrevistado la no calidad que existe en la entidad organizativa:

*...esos son verdaderos, yo diría que verdaderos indicadores de que está fallando la calidad y aquí es la calidad técnica ¿no? en el servicio, y el otro es el índice de complicaciones, el índice de muertos de un hospital que sí te dice y además eso se tiene y se podría trabajar pero como que le damos vuelta ¿no? Si me meto aquí puede salirme la falta de recursos como administrador, puede salirme por ahí alguna mala relación (Dra. N).*

La propuesta va en el sentido de ver la calidad no como satisfacción de usuarios sino como el cumplimiento de normas mínimas de actuación por parte de los

prestadores e incluso de las instituciones mismas. De este modo, tenemos que ante la carencia de una serie de insumos necesarios para el desarrollo del ejercicio médico se propone la utilización de indicadores que den cuenta de esta situación:

*...se ven indicadores que puedan medir esto y que vamos a ver de veras cuánto equipo es útil, cuánto no es útil, hay forma de medirlo. Yo debo tener en este hospital, no sé... quince respiradores y los tengo, pero ninguno sirve, los pacientes que están llegando necesitan de ellos, se están muriendo, esto genera angustia en ellos, entonces todos empezamos a defendernos, a crear barreras, pues son situaciones ya de tensión (Dr. V).*

Así se hablaría de indicadores relacionados con la capacidad instalada, con la vida útil de los equipos, con la realización de mantenimiento preventivo y correctivo, con el equipamiento instalado. Un indicador regularmente considerado en los índices de desarrollo mundial, aunque escamoteado en los programas de acción que proponen la mejora de calidad de servicio en nuestro país, es el porcentaje de producto interno bruto asignado al sector salud en nuestro país.

*Basta ver, desde mi punto de vista muy personal, lo que los gobiernos destinan en el producto interno bruto a salud, esto da una idea de qué tanto creen en salud. (La calidad) ...a mí, en lo personal, me parece más parte del discurso que de la realidad, cuando no lo amarran con indicadores tan sensibles como: cuánto se destina en lo económico para salud (Dr. V).*

Hasta aquí se han expuesto los resultados del estudio realizado, la intención ha sido fundamentalmente exponer la voz de los actores, quienes son en conjunto con los usuarios, los principales destinatarios de los programas de mejora instrumentados.

## 7. A MANERA DE CONCLUSIÓN

---

**E**n este apartado se realiza una reflexión final de este trabajo, las ideas y comentarios aquí expuestos son producto del proceso mismo de la selección del tema, del planteamiento de las preguntas de investigación, de la indagación teórica realizada, de la mirada con la cual se instrumentó el estudio, de la opción metodológica seleccionada, y del trabajo de campo que se llevo a cabo. En resumen, el contenido de esta sección comprende consideraciones sobre el tema organizacional específico que se abordó: la percepción del personal médico de un hospital público con respecto a un plan de mejora, y a un mismo tiempo se plantean también observaciones sobre el proceso de llevarlo a cabo. Se presentan inicialmente algunos comentarios respecto a las ideas y elaboraciones teóricas que estuvieron presentes en el proceso de realización del trabajo y que ahora en su conclusión aún persisten, enriquecidas por el propio proceso desplegado en la interacción con el caso mismo, es decir con los actores entrevistados. En un segundo momento se da cuenta de observaciones particulares en torno a los planteamientos teóricos aquí expuestos, su pertinencia o no para analizar el fenómeno organizado que se abordó (la instrumentación de un plan de mejora y su percepción por parte de los principales actores de la organización en que se despliega este proceso), el paralelismo existente entre la mejora de calidad industrial y los primeros esfuerzos desde el propio campo de la práctica médica para hallar mejores maneras de realizar sus intervenciones y documentar sus acciones. Se discurre también respecto al enfoque metodológico seleccionado y los resultados que arrojó el análisis de las entrevistas: la percepción médica des-cubierta.

### 7.1 LAS IDEAS QUE PREVALECEEN

---

Los estudios de organización son diversos, así tenemos miradas particulares en función de la disciplina que los aborde: sociología, economía, ciencia política, administración o psicología, por mencionar algunos de los campos de estudio desde los cuales puede estudiarse el fenómeno organizado mismo. En el caso que aquí se reporta, se quiso ser congruente con el punto de vista que he sostenido a lo largo de mi formación y práctica profesional: la experiencia particular de los sujetos-actores resulta fundamental para la comprensión del fenómeno organizado, y en ese sentido para la propia intervención organizacional (si es que ese fuera el propósito). De este modo, el lector ha

encontrado en este trabajo un recuento de las tareas técnicas que se emprenden en las organizaciones con objeto de lograr mejores resultados: sea en el ámbito de la producción industrial en el contexto de las tareas administrativas requeridas o en la gestión de los servicios de salud. En ambos casos se hace referencia a un mismo enfoque o modalidad de administración: el de la calidad total.

Este movimiento, que en la esfera industrial ha encontrado su más célebre campo de experimentación y logro de resultados exitosos, conlleva a su vez una noción de gestión plenamente instrumental y en todo caso el vínculo con el actor principal (llamado pomposamente factor humano), es más bien utilizado con el propósito de hacer más tersa el tipo de relación que establece la persona o grupo que desarrolla un quehacer o función particular con su objeto de trabajo (llámese artesano, obrero o personal en el ejercicio de su profesión). Sin embargo, este nuevo tratamiento no busca mejorar la condición del actor ni procura su bienestar.

Se tiene entonces que la naturaleza de relación humana que se establece bajo esta forma de administrar la producción de bienes o servicios, sigue siendo instrumental en tanto facilita y mejora la producción con la participación y talento de los que intervienen en su proceso. La novedad o variante que se tiene es la aplicación de la gestión de calidad total en espacios organizacionales como las universidades y los hospitales, en donde las dimensiones características de este enfoque en el ámbito industrial: eficiencia, eficacia, productividad y reducción de costos, son ahora consideradas fundamentales para el funcionamiento de instituciones de educación superior y de servicios de salud.

No se pone en duda la pertinencia que pueda tener estas dimensiones en cuanto a la gestión misma de la entidad; sin embargo, la pregunta que surge es la siguiente: ¿Es posible intervenir o modificar la actuación humana en áreas como la salud y la formación educativa y profesional de las personas, mediante el empleo de esquemas de trabajo como los que ofrece los enfoques de mejora de la calidad industrial?

El investigador de lo organizado se encuentra entonces ante un panorama diverso, aquel que supone que la mejora puede ser aplicable a cualquier actividad humana, por lo que a partir de un cuidadoso estudio de las variables que intervienen, la elaboración de un buen diagnóstico y la instrumentación de medidas técnicas, puede encontrarse la mejor forma de realizar las tareas y obtener los resultados proyectados (de nueva cuenta se encuentran expresiones conocidas de sobra por quienes estudian las organizaciones: *"the one best way"*). La promesa de obtener los mejores rendimientos es retomada de nueva

cuenta, actualizada y puesta a punto para ser incorporada en las prácticas organizacionales de los servicios de salud y de educación superior.

Por otro lado se tendría a un sector muy diverso y no menos importante de los estudiosos de las organizaciones que podrían dudar de tal pretensión, estableciendo que la naturaleza de las tareas demandan no solo una rutina específica, un "*one best way*" particular ya probado, sino también un compromiso personal y de grupo introyectado en los actores y que otorga una cualidad particular al quehacer realizado. Esto es, en la atención a la salud está en juego no solamente una certera aplicación del saber médico, sino debiera existir también una empatía con los pacientes en el contexto personal, un compromiso con procurar condiciones de vida digna para los enfermos y sus familias, así como con una disponibilidad de recursos y condiciones mínimas para el ejercicio de la profesión. No hay que olvidar tampoco que en la provisión de estos servicios puede estar en juego la vida misma de las personas.

Otro ámbito organizacional que es objeto de aplicación de esquemas de mejora, parece tener también problemas para su instrumentación. Esto se debe a que en la formación escolar y universitaria la tarea no reside únicamente en el entrenamiento de habilidades o competencias para desempeñar un quehacer particular, sino en la formación de personas, el fomento de valores universales y en la posibilidad de generar una conciencia crítica y social en los individuos que les posibilite abrirse camino en la vida misma y en su quehacer particular como ciudadanos o profesionistas.

No obstante lo anterior, se ha insistido en que es factible mejorar el desempeño organizacional, así como la producción misma de bienes y servicios atendiendo ese factor humano de manera instrumental. Ese propósito pareció haberse logrado en su momento, con la aplicación de esquemas de cambio organizacional en el ámbito de la cultura en las organizaciones y de mejora de la calidad. El balance resultante, a pesar de obtener resultados importantes en la mejora de la calidad de la producción en el ámbito fabril, es bastante pobre cuando se ha llevado a la práctica en arenas organizacionales donde el factor humano es primordial para ofrecer el servicio: atención a la salud y educación.

De este modo tenemos que en el contexto de la búsqueda de mecanismos para optimizar la gestión convencional, la introducción de la dimensión humana ya ha sido ensayada en modalidades anteriores de gestión: movimiento de relaciones humanas y de nuevas relaciones humanas, por mencionar únicamente dos de ellos. También más recientemente se ensayó una gestión de lo cultural con mejores resultados en el corto plazo aunque no definitivos; se quiere dejar en

claro aquí que no se niega la importancia de este movimiento ni mucho menos su posibilidad de que sea el aspecto cultural de las organizaciones el vehículo idóneo para movilizar ese factor humano. Incluso puede afirmarse que lo cultural de una organización, expresión de la dimensión humana misma del fenómeno organizado, resulta vital para que una organización funcione; sin embargo, lo que debe re-conocerse es que la 'variable' cultura existe aún antes de que sea ni siquiera considerada o modificada. Puede plantearse incluso varias preguntas a los tecnólogos expertos del cambio organizacional que buscan generar una cultura corporativa con prácticas particulares y esquemas de actuación homogéneos: ¿Qué se va a modificar con sus intervenciones? ¿Carecen los actores de una cultura? ¿Acaso no existe ya una cultura propia de la entidad?

Al respecto se puede afirmar que la dimensión cultural descubierta por la administración convencional es inherente al fenómeno organizado mismo, y existe aún antes de que sea considerada como objeto de estudio o como susceptible de ser modificada. De este modo se tiene que el elemento cultural sea re-conocido o no, sea promovido o no, aún sin intervenir permanece ahí, a la vista de todos los actores organizacionales: en el ejercicio de sus prácticas mismas y en sus mecanismos de convivencia particulares.

Es decir, en el ámbito cultural de las organizaciones específicamente debería hablarse por principio de cuentas de una cultura de sus integrantes compartida con sus pares, misma que pueden agruparse en oficios, gremios, o profesiones específicas; en donde cada uno de estos grupos presenta y cultiva a su vez creencias y saberes particulares. Ante este panorama, este autor considera que en un proceso de mejora de la entidad y sus resultados, no debe tratarse de imponer una visión específica (la propuesta por la autoridad, dirección o *management*), pues la propia actividad particular de los actores ya ha generado una manera de concebir su labor e importancia que se le presta.

Esto implica que es evidente que existe una persistente búsqueda por la mejora, la cual indudablemente conlleva beneficios que no podemos dejar de reconocer tanto en el ámbito de organizaciones lucrativas como en aquellas que tienen fines de beneficio público; sin embargo, lo que aquí se documenta es precisamente el esfuerzo planeado de mejorar la calidad de los servicios de salud con una estrategia del *management* convencional que no plantea, al menos en el caso aquí estudiado, mejora alguna en la parte material de los procesos, es decir en el equipamiento e insumos que se requieren para mejorar el desempeño técnico y profesional de sus integrantes, particularmente los médicos.

El sentir expresado por los actores entrevistados desnuda prácticamente el estado que guardan ciertas áreas de un hospital de segundo nivel. Las condiciones de los servicios y los resultados que se obtienen a pesar de las mejores intenciones, las mejores actitudes personales, o las mejor disposición de los actores no son los esperados; es decir a pesar de la instrumentación de planes de mejora en su dimensión de trato digno, pareciera ser que están lejos de lograr su propósito: satisfacción de los usuarios y de los proveedores, en tanto no se modifique la base material (recursos), que permita un desempeño de los actores con el mínimo de insumos y materiales para un ejercicio cabal de su profesión, además de una adecuada retribución económica. Es decir, el mensaje transmitido por los actores entrevistados, en este primer balance del trabajo en el contexto de las motivaciones personales de quien esto escribe es, que las autoridades y las personas con poder de decisión en cuanto a la ubicación de recursos y definición de las políticas que orientan el rumbo de los servicios de salud en México, asuman a un mismo tiempo el compromiso que piden a los médicos de primera línea, aquellos que desde su trinchera ofrecen una atención digna, profesionalismo en su labor y un genuino interés por el servicio público.

Dejemos hasta aquí las reflexiones de este autor y demos cuenta de apuntes específicos sobre el esquema teórico seleccionado, la investigación misma, y el análisis de resultados realizado.

## 7.2 CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA PLANTEADO, ENFOQUE TEÓRICO Y METODOLÓGICO SELECCIONADO Y RESULTADOS DES-CUBIERTOS.

---

El análisis bibliográfico realizado permitió encontrar paralelismos entre la propuesta industrial de la mejora de la calidad, y la propuesta específica existente desde el propio ámbito del ejercicio de la medicina institucionalizada. Es decir, por un lado se tiene que reconocer que existe una sobrevaloración del conocimiento de la gestión convencional, que supone que la aplicación de este enfoque en ámbitos fuera de la industria es también válida y constituye, por ende, la solución a los múltiples problemas de organización y a una mejora en el logro de resultados. Sin embargo, un análisis histórico dará cuenta, al menos en la gestión de los hospitales, que la tan proclamada novedad de aplicar la gestión de la calidad total en el ámbito de la salud en la década de los años noventa del siglo pasado no es tal. Las consideraciones del médico Ernest Codman, y su idea de promover mejores resultados en la práctica mediante un adecuado registro de las acciones y de la forma de prestar servicios profesionales

instrumentadas en la segunda década del siglo veinte, nos lleva a replantearnos acerca de qué tan ‘novedosa’ es la aplicación de la mejora de la calidad en el ámbito de los servicios de salud. Asimismo no deja de ser interesante cómo la preocupación fundamental que caracterizó a los trabajos de la administración científica del trabajo: el análisis de tiempos y movimientos, fue instrumentada también bajo ciertas variantes en la práctica de la medicina misma: la idea del registro de tareas (administración científica), y la búsqueda de los mejores movimientos para expeditar y hacer más precisa la tarea de los cirujanos (tiempos y movimientos), son ejemplo de ello. De este modo no debe sorprender la presencia activa de Frank Gilbreth, figura prominente de la administración científica del trabajo, en la escena del quehacer médico. Este recuento histórico entonces resulta fundamental para comprender en su justa dimensión la persistencia de la idea de gestión y de su vigencia en el estudio del fenómeno organizado más allá de modalidades particulares como la administración de la calidad total.

Enseguida se ponen a consideración del lector una serie de comentarios y propuestas realizadas con base en el trabajo aquí presentado:

- a) Existe por parte de las autoridades del sector salud, una insistencia en promover la estrategia de la mejora de calidad en alguna de sus modalidades: aseguramiento o mejora, con el propósito de efficientizar las acciones con su consecuente ahorro de recursos, mejorar los indicadores de salud y mejorar el servicio prestado. Se tiene claro que esta estrategia no es la única y que paralelo a ella existen diversos programas de acción encaminados hacia similares objetivos<sup>94</sup>; sin embargo, sobresale el hecho de que pese a la importancia otorgada a la vertiente de calidad, destaca conocer que pese a esta insistencia, los resultados en la materia son pobres, tal como se documenta en los propios reportes oficiales que dan cuenta de los resultados del programa, en donde si bien no desacreditan los esfuerzos anteriores, tampoco se habla de mejoras notables<sup>95</sup>.
- b) La información oficial con respecto a los resultados de la campaña de la cruzada son poco consistentes, en los informes de labores no hay continuidad en los indicadores reportados. Es de hacer notar que hacia la mitad del sexenio anterior la información puntual al respecto desaparece así como datos sobre los indicadores originalmente propuestos. En síntesis, hacia el final del periodo de gobierno que impulsó la cruzada

<sup>94</sup> Los planes de desarrollo del sector tanto del sexenio anterior como del actual incorporan diversos programas de acción particulares, encaminados todos ellos a mejorar los servicios de salud (Cfr. Secretaría de Salud, 2001; 2007a).

<sup>95</sup> Cfr. Secretaría de Salud 2006b, 2007b y 2007c.

desaparecen reportes al respecto dejando únicamente algunos datos (Secretaría de Salud, 2006a, 2006b).

- c) En cuanto al objetivo del programa: “Elevar la calidad de los servicios de salud a un nivel aceptable claramente percibido” (Secretaría de Salud, 2002a), una lectura crítica muestra que es importante hacer patente al público que se está cambiando, sea visualmente o mediante anuncios que insistan en este cambio; sin importar que conceptualmente o fácticamente no se ratifique esta impresión, tal como se expone textualmente en el mismo documento: “... ilustrar (...) una visión de los resultados esperados de un sistema de salud de alta calidad antes que cualquier visión conceptual” (Secretaría de Salud, 2002a:32). Con este mensaje se deja en claro dos situaciones: 1) se destaca por parte de las autoridades del sector que hay un esfuerzo institucional por atender la problemática de calidad en los servicios de salud que se ofrecen y que en todo caso los actores en lo particular (léase médicos), son quienes otorgan un mal servicio a los usuarios, liberando entonces de responsabilidad a las autoridades, a los promotores de la propuesta de la mejora y a la propia estrategia de intervención. 2) Ante el pobre desempeño y malos resultados de los hospitales públicos, se justifica entonces frente a la sociedad, la intervención del sector privado en la provisión de servicios de salud, sea mediante esquemas de aseguramiento de prepago o bien mediante modalidades como el seguro popular que son financiados en parte por los mismos usuarios y con una limitada cobertura de atención en ciertas enfermedades o padecimientos.
- d) Los indicadores del sector salud establecen que si bien existe una mayor esperanza de vida; la mortalidad materna o la mortalidad infantil no ha disminuido. La esperanza de vida se refiere al número de años que en promedio se espera que viva una persona después de nacer. En México, la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, en el 2000 aumentó a 75 y se ha mantenido así hasta 2009 (INEGI<sup>96</sup>). Una esperanza de vida alta indicaría al menos en teoría, un mejor desarrollo económico y social en la población.
- e) No obstante el incremento en la esperanza de vida, y esta supuesta mejora en el desarrollo económico y social en la población, entre los países de la OCDE la mortalidad infantil en México para 2008 es la segunda más alta después de Turquía con 15.2 muertes por 1000 nacidos

---

<sup>96</sup> INEGI es el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, de México. Consultar: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>

vivos. Lejos del promedio de 4.7 muertes en los países de la OCDE<sup>97</sup>. Otro problema grave lo constituye la obesidad, cuya tasa en la población adulta en México es de 30% en el 2006, la segunda más alta después de los Estados Unidos. La obesidad constituye un factor de riesgo para diversos problemas de salud: diabetes y enfermedades cardiovasculares, por lo que se presagian mayores gastos en salud para atender a la población<sup>98</sup>.

- f) La inversión en salud, indicador que permite conocer los recursos que anualmente se destinan al sector, no es de ningún modo la óptima, datos recientes indican que sigue destinándose pocos recursos a la salud; se está muy lejos aún de los países de la OCDE, que en 2008 destinaron un promedio de 9 por ciento de su PIB al gasto en salud. Sin embargo, este porcentaje varía considerablemente, desde un 16.0 por ciento que destina los Estados Unidos a un 5.9 por ciento que destinó México para ese año<sup>99</sup>.
- g) Estas comparaciones permiten dar cuenta de la importancia que se destina a la salud; entre los países de la OCDE el gasto sanitario per cápita en los Estados Unidos fue de 7,538 dólares en el 2008, México en el mismo año destino 852, lejos incluso del promedio de los países de la OCDE que es de 3,060 dólares. México ocupa el penúltimo sitio superando solamente a Turquía (767) y por debajo de Chile que destina 1000 dólares en gasto sanitario per cápita.
- h) Al respecto conviene recordar la pobre inversión en salud mencionada anteriormente, la cual dista de ser la óptima particularmente en el renglón de gasto público en inversión cuyo promedio en los último diez años es de 3.8 por ciento, por lo que el crecimiento en infraestructura y equipamiento es mínimo limitando a su vez la posibilidad de brindar una mejor y mayor atención a la población solicitante de servicios de salud<sup>100</sup>.
- i) Actualmente la política gubernamental respecto al tema de calidad en salud sigue el mismo derrotero, quizás con un perfil menor en la

---

<sup>97</sup> La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), agrupa a 33 países miembros comprometidos con la democracia y una economía de mercado. Consultar: <http://www.oecd.org>

<sup>98</sup> Cfr. ECO-Salud OCDE 2010, disponible en [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)

<sup>99</sup> Este porcentaje de 5.9 por ciento incluye el gasto público y privado en salud. Cfr. Evolución del gasto en salud 2003-2009, Centro de Estudios de Finanzas Públicas: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0802009.pdf> Consultado 14 de diciembre de 2010.

<sup>100</sup> Cfr. Evolución del gasto en salud 2003-2009, Centro de Estudios de Finanzas Públicas: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0802009.pdf> Consultado 14 de diciembre de 2010.

dimensión de trato digno dado que el énfasis en este componente ha disminuido; cabe hacer notar sin embargo que la inversión en salud no ha variado, por lo que no se esperarí­a un cambio significativo en cuanto a una mejora en la calidad de los servicios.

- j) El estudio de caso aquí presentado muestra cómo la lógica que subyace a las prácticas de la gestión total de calidad en su dimensión de trato digno: atención y cortesía al usuario como principales factores que deben promoverse, se ven rebasados y con mucho en el marco de la prestación de los servicios de salud en la medida que dichos aspectos no son los únicos que están en juego en la atención a la salud. Influye también el estado de la ciencia médica en cuanto al conocimiento que se tenga sobre padecimientos particulares, la posibilidad de que la recuperación del paciente no depende en exclusiva de la voluntad del mismo o del médico tratante, así como de la capacidad instalada en la institución para atender la problemática de salud presentada, esto es, de la disponibilidad de equipos auxiliares de diagnóstico y tratamiento para su atención, rubro en el que la inversión es pobre como ya se apuntó.
- k) El estudio demuestra que los cambios que se propongan en el ámbito de los servicios de salud que directamente afecten el trato o relación con los solicitantes del servicio debieran ser coordinados con uno de los grupos de actores más influyentes de ese tipo de organización y directamente implicado en la prestación del servicio: el grupo médico que atiende directamente a los pacientes, en tanto conocen de cerca la problemática real y condiciones del servicio otorgado.
- l) El estudio realizado deja constancia de cómo a pesar de la pretendida generalización de ciertos esquemas de gestión (mejora de la calidad), su instauración, aceptación y logro de resultados esperados no tienen el carácter universal que presumiblemente se espera de las aplicaciones del *management*.
- m) Una característica que debe subrayarse como producto de la investigación realizada es el compromiso del personal entrevistado con su tarea, es decir no obstante las condiciones de trabajo a las que se enfrentan, el grupo de médicos entrevistados desempeña sus funciones con profesionalismo, mostrando dedicación e interés por los pacientes y su servicio según se infiere de los testimonios recabados. También es cierto que esta actitud y comportamiento no está del todo generalizada en sus pares; sin embargo, tal situación no hace sino poner en evidencia la

complejidad del hospital como organización, en donde múltiples actores intervienen, con tareas diversas por desempeñar y cuyos intereses no siempre son coincidentes. De este modo se ratifica que la pretendida homogeneización que ofrecen los mecanismos o esquemas de acción propios del *management*, en este caso una cultura de la calidad, es rebasada por la interacción grupal que sucede al interior de la organización misma; en donde está en juego no únicamente la pretendida misión de la institución, el quehacer de las áreas, o los objetivos de la estrategia de mejora que se instrumente, sino sobre todo las posiciones políticas e intereses de los diversos actores que participan en la prestación de los servicios de salud: usuarios, profesionales de la salud, autoridades del sector y los administradores de estas entidades organizacionales, por mencionar sólo a los grupos más representativos.

- n) Diversos son los trabajos que han abordado desde una perspectiva crítica la gestión total de la calidad, este estudio puede sumarse a esa lista; sin embargo, pocos han explorado en México el sentir del personal médico ante la instrumentación de un programa de mejora. Su realización permitió obtener de primera mano testimonios que ratifican la observación que se realiza desde la perspectiva crítica a la propuesta de mejora de calidad: fundamentalmente el ignorar lo que sucede en el terreno mismo de la organización, la realidad a la que va dirigida, y la pretendida aplicación de normas comportamentales poco acordes a la tarea que los actores desempeñan. En ese sentido desde la aproximación cualitativa se pudo constatar en voz de los actores, el sentir hacia las iniciativas impuestas por el sector salud que afectan las tareas que se realizan en la primera línea de atención. Con esto se quiere decir que las ya consabidas críticas hacia la gestión de calidad expuestas desde el ámbito teórico (Sewell y Wilkinson, 1992), son constatadas por este autor en voz de los propios actores quienes las experimentan en su trabajo diario. Asimismo resulta relevante atender la visión de estos actores, quien desde una posición de privilegio (como profesionales de la salud), son objeto también de directrices verticales de las cuales parecieran estar exentos dada su condición profesional y lugar particular que ocupan en el esquema de la prestación de los servicios de salud. De alguna manera los testimonios hablan de una estrategia de resistencia desde su profesión misma, con lo que se fortalece la idea de una necesaria consulta a este grupo y su participación realmente efectiva para mejorar los servicios en este sector.
- o) La adopción de una estrategia de investigación cualitativa resultó un acierto en tanto se atendió la voz de los actores en el contexto de la

instrumentación de un programa de calidad, vinculando por supuesto este sentir con el esquema conceptual que ofrecen los Estudios Críticos de Gestión. Es decir, en la exposición de resultados se procuró abordar los testimonios de los actores en términos de enfocarnos en aquello que les ocupaba: su sentir respecto al programa instrumentado y cómo afectaba o no su quehacer profesional; de tal modo no se pretendió atender el desempeño o *performance* del equipo médico. Por otra parte en el recuento de las entrevistas se documentaron los testimonios de los médicos procurando destacar dimensiones que subyacen a la práctica de la gestión convencional y sus consecuencias; es decir se hizo un extrañamiento a peticiones y esquemas de actuación que si bien pueden parecer lógicas desde la estrategia de mejora (dar información al paciente, atenderlo rápidamente, empleo racional de los recursos), no consideran las condiciones de premura en que deben tomarse decisiones vitales para el bienestar de los pacientes, la sobrecarga de trabajo de estos profesionales ni el pobre equipamiento con el que cuentan para la realización de sus funciones. Esa es la parte que regularmente no se cuenta y que aquí se buscó hacer evidente. Finalmente a lo largo del texto se han planteado reflexiones acerca del proceso mismo de investigación aquí realizado, la vinculación del autor con el tema y con la propia naturaleza del estudio desarrollado; asimismo se buscó posicionar la temática y preguntas planteadas en el marco del esquema conceptual en el que pueden ubicarse los diversos estudios de organización, en este caso se optó como ya se apuntó por el enfoque de los Estudios Críticos de Gestión.

- p) En el marco del estudio realizado, es recomendable atender las propuestas que desde el interior de la propia disciplina médica se instrumentan y que buscan facilitar las tareas ejecutadas. Esto significa que no es suficiente con importar esquemas de mejora de calidad industrial buscando su aplicación en el ámbito de la salud con objeto de obtener resultados superiores; habría que proponerse realizar investigaciones que indaguen la vertiente histórica de la realidad organizacional estudiada. Para el caso que se abordó aquí se propone atender el componente histórico del ejercicio médico en ámbitos institucionalizados, la mención de los trabajos de Codman da cuenta de cómo desde la propia práctica médica fueron generadas acciones que a la luz de una mirada gerencial contemporánea pueden ser fácilmente consideradas como prácticas de mejora de la calidad. En síntesis se propone no suponer a priori que las organizaciones y los fenómenos que

se estudian (liderazgo, toma de decisiones, comportamiento y cultura organizacional, planeación, evaluación, procesos productivos, su gobierno y estructuración particular), son recientes o al menos modernos, por el contrario son antiguas preocupaciones que se re-significan cotidianamente.

- q) Una última consideración radica en impulsar el conocimiento de la legislación y normatividad aplicable en materia de salud en México; mucho de lo que se plantea como novedad en la propuesta de mejora de calidad, ya está contemplado en la propia Ley General de Salud y otros ordenamientos legales. En ese sentido, no es ninguna concesión o esfuerzo adicional de la autoridad, de la administración de los hospitales o del propio profesional de la salud el proceder con 'calidad' en su comportamiento y acciones, en tanto estos requerimientos de actuación y prestación de servicios ya están normados.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Abravanel, H., Allaire, Y., Firsirotu, M., Hobbs, B., Poupart, R., & Simard, J. (1988). *Cultura Organizacional. Aspectos teóricos, prácticos y metodológicos*. Bogotá: Legis.
- Adler, P. S., Forbes, L. C., & Willmott, H. (2007). Critical management studies: Premises, practices, problems, and prospects. En J. P. Walsh & A. P. Brief (Eds.), *The Academy of Management Annals*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aguirre, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México*, 32(2), 170-180.
- Aguirre, H. (1997). Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del IMSS*, 35(4), 257-264.
- Aguirre, H. (2002). Necesidades de información para el seguimiento. In J. R. de la Fuente, R. Tapia Conveyer, & M. A. Lezana Fernández (Eds.), *La Información en Salud* (pp. 199-202). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Aguirre, H., & Ruelas, E. (2002). Evolución de los programas de calidad de los servicios de salud en México. En J. R. de la Fuente, R. Tapia Conveyer, & M. A. Lezana Fernández (Eds.), *La Información en Salud* (pp. 206-208). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Aktouf, O. (1994). *La Administración entre la Tradición y la Renovación*. Colombia: Universidad del Valle.
- Albert, J., Gilligan, K., & Deevy, E. (1990). Ready for quality? How one hospital introduced the Deming method. *Hospital Topics*, 68(2), 7-10.
- Almaraz, J. (1994). Quality management and the process of change. *Journal of Organizational Change Management*, 7(2), 6-14.
- Alvarez, F. (2002). Acciones y políticas de calidad en México. En J. R. de la Fuente, R. Tapia & M. A. Lezana (Eds.), *La Información en Salud* (pp. 204-206). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Alvesson, M. (1987). *Organization Theory and Technocratic Consciousness*. Berlin: de Gruyter.
- Alvesson, M., & Deetz, S. A. (1996). Critical theory and postmodernism approaches to organizational studies. In S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 190-217). Londres: Sage.
- Alvesson, M., & Willmott, H. (1996). *Making Sense of management: A Critical Introduction*. London: Sage.
- Anderson, D. J., Norton, R. G., Reed, G. E., & Moran, J. W. (1996). Managing change -a tale of two hospitals in an integrated network. *The TQM Magazine*, 8(3), 27-34.
- Anderson, J. C., Rungtusan, M., & Schroeder, R. G. (1994). A theory of quality management underlying the Deming method. *Academy of Management*

- Review*, 19(3), 472-509.
- Andrews, S. L. (1991). QA vs. QI: The changing role of quality in healthcare. *Journal of Quality Assurance*, 13(1), 14-16.
- Ansoff, H. I. (1984). *La Dirección Estratégica en la Práctica Empresarial*. Madrid: Addison and Wesley.
- Anthony, P. D. (1977). *The Ideology of Work*. Londres: Routledge.
- Arndt, M., & Bigelow, B. (1995). The implementation of total quality management in hospitals: how good is the fit. *Health Care Management Review*, 20(4), 7-14.
- Ashforth, B., & Humphrey, R. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *The Academy of Management Review*, 18(1).
- Astley, G., & Van de Ven, A. (1983). Central perspectives and debates in organization theory. *Administrative Science Quarterly*, 28, 245-273.
- Asubonteng, P., McCleary, K. J., & Munchus, G. (1996). The evolution of quality in the US health care industry: an old wine in a new bottle. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(3), 11-19.
- Aubert, N., & de Gaulejac, V. (1991). *El Coste de la Excelencia ¿Del Caos a la Lógica o de la Lógica al Caos?* Barcelona: Paidós.
- Avila, R. (2004). *Crítica de la Comunicación Organizacional*. México: UNAM-DGEP.
- Baba, M. L. (1998). History of Workplace Anthropology. *Anthropology of Work Review*. Consultado 30/04/07  
[http://practicalgatherings.com/workplace\\_anthro/history.html](http://practicalgatherings.com/workplace_anthro/history.html)
- Barba, A. (2002). *Calidad y Cambio Organizacional: Ambigüedad, fragmentación e identidad. El caso de LAPEM*. México: UAM-CFE.
- Barba, A., & Solís, P. (1997). *Cultura en las Organizaciones. Enfoques y metáforas en los Estudios Organizacionales*. México: Vertiente.
- Batalden, P. B. (1991). Building knowledge for quality improvement in healthcare: an introductory glossary. *Journal of Quality Assurance*, 13(5), 8-12.
- Bayardo López, L. (2007). Guías de práctica clínica. In A. Martínez Ramírez (Ed.), *Gestión Hospitalaria* (pp. 265-277). Guadalajara: Investigación, difusión, educación y asesorías.
- Becher, E. C., & Chassin, M. R. (2001). Improving quality, minimizing error: making it happen. *Health Affairs*, 20(3), 68-79.
- Beckhard, R., & Pritchard, W. (1992). *Cambio Organizacional. Lo que las Empresas deben hacer para lograr una Transformación Total*. Bogotá: Norma.
- Benavides, M., & Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124.
- Benson, K. J. (1977). Organizations: A dialectical view. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 1-21.
- Berwick, D. M., Godfrey, A., & Rossner, J. (1990). *Curing Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal health care. *New England Journal of Medicine*, 320(1), 53-56.
- Bigelow, B., & Arndt, M. (1995). Total quality management: field of dreams?

- Health Care Management Review*, 20(4), 15-25.
- Biggart, N. (1977). The creative-destructive process of organizational change. *Administrative Science Quarterly*, 22, 410-426.
- Blumenthal, D., & Kilo, C. M. (1998). A report card on continuous quality improvement. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 625-648.
- Boje, D. M., & Winsor, R. D. (1993). The resurrection of Taylorism: Total quality management's hidden agenda. *Journal of Organizational Change Management*, 6(4), 57-70.
- Boje, D. M., Gephart, R. P., & Thatchenkery, T. J. (1996). *Postmodern Management and Organization Theory*. Newbury Park: Sage.
- Bonnefoy, J. C., & Armijo, M. (2005). *Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Serie Manuales 45. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social ILPES.
- Booth, C., & Rowlinson, M. (2006). Management and organizational history: Prospects. *Management and Organizational History*, 1(1), 5-30.
- Braverman, H. (1974). *Trabajo y Capital Monopolista. La Degradación del Trabajo en el Siglo XX*. México: Nuestro Tiempo.
- Bronfman, M., Castro, R., Zuñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997a). Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 39, 442-450.
- Bronfman, M., Castro, R., Zuñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997b). "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*, 39, 546-553.
- Bryman, A. (1988). *Doing Research in Organizations*. Londres: Routledge.
- Burrell, G. (1988). Modernism, postmodernism and organizational analysis 2: The contribution of Michel Foucault. *Organization Studies*, 9(2), 221-235.
- Burrell, G. (1994). Modernism, postmodernism and organizational analysis 2: The contribution of Jürgen Habermas. *Organization Studies*, 15(1), 1-19.
- Burrell, G. (1996). Normal science, paradigms, metaphors, discourses and genealogies of analysis. En S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 642-658). Londres: Sage.
- Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. London: Heinemann Educational Books.
- Calás, M. B., & Smircich, L. (1999). Past postmodernism? Reflections and tentative directions. *Academy of Management Review*, 24(4), 649-67.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010a). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero 1984. Texto vigente, últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010b). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*, 5 de febrero 1917. Texto vigente, últimas reformas publicadas DOF 29-07-2010.
- Camarena, L. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 25(1), 40-49.
- Campbell, S. M., Sheaff, R., Sibbald, B., Marshall, M. N., Pickard, S., Gask, L.,

- Halliwell, S. (2002). Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Quality Safe Health Care*, 11(17 diciembre), 9-14.
- Cassasus, J. (1997). Acerca de la práctica y de la teoría de la gestión. En UNESCO (Ed.), *La Gestión: En busca del Sujeto* (pp. 13-28). Santiago de Chile: UNESCO.
- Cebotarev, E. (2003). El enfoque crítico: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 1-27.
- Chanlat, J. (1998). *Sciences Sociales et Management. Plaidoyer pour une anthropologie générale*. Québec: Éditions Eska.
- Chavira, J. J. (2000). Contradicciones y Paradojas del cambio organizacional. *IV Congreso de Administración en México*, Monterrey, N.L. México, Mayo.
- Chavira, J. J. (2003). Cambio organizacional. Una perspectiva interpretativa: lecciones de la historia y de las subculturas organizacionales. *Primer Congreso Nacional de Teoría de la Organización y Gestión Administrativa*, Marzo (Pachuca, Hgo).
- Chua, W. (1986). Radical developments in accounting thought. *The Accounting Review*, LXI(4), 601-634.
- Clark, P., & Rowlinson, M. (2004). The treatment of history in organisation studies: 'Towards an historic turn'. *Business History*, 46(3), 331-352.
- Clark, R., & LaBeef, E. (1982). Death telling: managing the delivery of bad news. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 366-380.
- Clegg, S., & Dunkerley, D. (1980). *Organization, Class and Control*. Londres: Routledge.
- Clegg, S. R., Hardy, C., & Nord, W. R. (1996). *Handbook of Organization Studies*. Londres: Sage.
- Clegg, S. R., Hardy, C., Lawrence, T., & Nord, W. R. (2006). *The SAGE Handbook of Organization Studies*. Londres: Sage.
- Clegg, S. R., & Hardy, C. (1996a). Introduction, organizations, organization, and organizing. En S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 1-28). Londres: Sage.
- Clegg, S., & Hardy, C. (1996b). Conclusion: Representations. En S. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 676-708). London: Sage.
- Codman, E. A. (1914). El producto de los hospitales. En K. L. White, J. Frenk, C. Ordoñez, J. M. Paganini, & B. Starfield (Eds.), *Investigación sobre Servicios de Salud: una antología* (pp. 1-8). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Colton, D. (2000). Quality improvement in health care. *Evaluation & The Health Professions*, 23(1), 7-42.
- Comstock, D. E. (1982). A method for Critical Research. En E. Bredo & W. Feinbrg (Eds.), *Knowledge and Values in Social and Educational Research*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cooper, R. (1989). Modernism, postmodernism and organizational analysis 3: The contribuuiou of Jacques Derrida. *Organization Studies*, 10(4), 479-

502.

- Cooper, R., & Burrell, G. (1988). Modernism, postmodernism and organizational analysis: An introduction. *Organization Studies*, 9(1), 91-112.
- Creswell, J. W. (1994). *Research Design. Qualitative & Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crosby, P. B. (1979). *La Calidad No Cuesta. El arte de cerciorarse de la calidad*. México: CECSA.
- Csendes, A., & Korn, O. (2008). ¿Qué representa el delantal blanco? *Revista Chilena de Cirugía*, 60(6), 567-569.
- De Cock, C. (1998). "It seems to fill my ideas with ideas" A few thoughts on postmodernism, TQM and BPR. *Journal of Management Inquiry*, 7(2), 144-153.
- De Cock, C., & Hipkin, I. (1997). TQM and BPR: Beyond the beyond myth. *Journal of Management Studies*, 34(5), 659-675.
- De la Fuente, G., Santiesteban, B., Gonzalez, F., & Pérez, J. (1976). Conceptos, objetos y logros de la evaluación de la actividad médica. *Boletín Médico del IMSS*, 18.
- Dean, J. W., & Bowen, D. (1994). Management theory and total quality: Improving research and practice through theory development. *Academy of Management Review*, 19(3), 392-414.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). Thousand Oakes: Sage.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 44(166-203).
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la Atención Médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública de México*, 35(3).
- Donaldson, L. (1995). Anti-management paradigms in organization theory. En L. Donaldson (Ed.), *American Anti-Management Theories of Organization: A Critique of Management Proliferation* (pp. 1-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Donaldson, L. (1996). The normal science of structural contingency theory. In S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 57-76). London: Sage.
- Dortier, J. (1998). Les sciences humaines sont-elles des sciences? *Sciences Humaines*, 80(Febrero), 15-21.
- Dukerich, J., Golden, B., & Shortell, S. M. (2002). Beauty is in the eye of the beholder: The impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians. *Administrative Science Quarterly*, 47, 507-533.
- Escudero JM. (1999). Calidad de la educación: entre la seducción y las sospechas. *Revista electrónica Heuresis*, 12(5).

- Fainter, J. (1991). Quality assurance=quality improvement. *Journal of Quality Assurance*, 13(1), 8-10.
- Fayol, H. (1916). General principles of management. En J. M. Shafritz & S. Ott (Eds.), *Classics of Organization Theory* (Vol. 4, pp. 52-65). Forth Worth: Harcourt Brace.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- Fernández, C. J. (2007). *Vigilar y Organizar. Una Introducción a los Critical Management Studies*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada. A Report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Flores, R. M. (2000). *Una Mirada a la Salud en Instituciones Públicas*. México: Seminario Académico de Sociología, Trimestre 00-O, UAM-Xochimilco.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad. 1 La Voluntad del Saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1984a). *Historia de la Sexualidad. 2 El uso de los placeres*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1984b). *Historia de la Sexualidad. 3 La Inquietud de Sí*. México: Siglo XXI Editores.
- Fournier, V., & Grey, C. (2000). At the critical moment: Conditions and prospects for critical management studies. *Human Relations*, 53(1), 7-32.
- Fox, R. C. (1989). The hospital: a social and cultural microcosm. In R. C. Fox (Ed.), *The Sociology of Medicine* (pp. 143-181). New Jersey: Prentice Hall.
- Frenk, J. (1997). *La salud de la Población: Hacia una nueva salud pública*. México: FCE.
- Frenk, J. (2000). In Memoriam. Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. *Salud Pública de México*, 42(6), 556-557.
- Frenk, J., Lozano, R., & González, M. (1994). *Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México: Funsalud.
- Friedmann, R., & Fernández, G. (2008). El espejo trizado. El lento e irreversible proceso de (auto)deconstrucción del enfoque moderno de la gestión y organización pública. *Revista Enfoques*, VI(9), 35-77.
- Frost, P. J. (1980). Toward a radical framework for practicing organization science. *Academy of Management Review*, 5(4), 501-507.
- Furnham, A. (1997). *Psicología Organizacional. El comportamiento del individuo en las organizaciones*. México, D.F.: Oxford University Press.
- Garvin, D. (1984). What does "Product Quality" really mean? *Sloan Management Review*, 26(1), 25-43.
- Geboers, H., Makkink, H., Van Montfort, P., Van Den, H., Van Den Bosch, W., & Grol, R. (2001). Continuous quality improvement in small general medical practices: the attitudes of general practitioners and other practice staff.

- International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 391-397.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Georgopoulos, B. S., & Mann, F. S. (1962). The hospital as an organization. En J. S. Rakich & K. Darr (Eds.), *Hospital Organization and Management. Text and Readings* (pp. 19-29). New York: SP Medical & Scientific books.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.
- Gonzalez, M. (1972). Evaluación de la asistencia médica. *III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social*.
- González, M. (1975). Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. *Boletín Médico del IMSS*, 17.
- Goodman, J. C., & Musgrave, G. L. (1992). *Patient Power*. Washington D.C.: Cato Institute.
- Grieves, J. (2000). Introduction: The origins of organizational development. *Journal of Management Development*, 19(5), 345-447.
- Grimes, A. J. (1992). Critical theory and organizational sciences: A primer. *Journal of Organizational Change Management*, 5(1), 26-30.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Londres: Sage.
- Hackman, J. R., & Wageman, R. (1995). Total quality management empirical, conceptual and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 309-336.
- Hammer, M., & Champy, J. (1993). *Reingeniería. Olvide lo que Usted Sabe sobre Como Debe Funcionar una Empresa ¡Casi Todo Esta Errado!* Bogotá: Norma.
- Hansson, J. (2000). Quality in Health care. Medical or managerial? *Journal of Management in Medicine*, 14(5/6), 357-361.
- Hardy, C., Phillips, N., & Clegg, S. (2001). Reflexivity in organization and management theory: A study of the production of the research 'subject'. *Human Relations*, 54(5), 531-560.
- Hassard, J., & Parker, M. (1993). *Postmodernism and Organizations*. London: Sage.
- Hatch, M. J. (1997). *Organization Theory. Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Hernández et al. (1976). Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social (tercera parte). *Bol Méd IMSS*, (18:86).
- Hernandez, O., Lee, R., Pérez, J., & González, F. (1975). Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano

- del seguro Social. *Boletín Médico del IMSS*, 17.
- Hiatt, M. D. (1999). Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. *The Pharos, Winter*, 18-24.
- Hill, S. (1991). Why quality circles failed but TQM might succeed. *British Journal of Industrial Relations*, 29(4), 541-568.
- Hill, S. (1995). From quality circles to total quality management. En A. Wilkinson & H. Willmoth (Eds.), *Making Quality Critical. New Perspectives on Organizational Change* (pp. 33-54). Londres: Routledge.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hogarth-Scott, S., & Wright, G. (1997). Is the quality of health care changing? GPs' views. *Journal of Management in Medicine*, 11(5), 302-311.
- Hosking, D., & Fineman, S. (1990). Organizing processes. *Journal of Management Studies*, 27(6), 583-604.
- Huczynski, A. (1996). Management theory. En A. Kuper & J. Kuper (Eds.), *The Social Science Encyclopedia* (pp. 495-496). London: Routledge.
- Ibarra, E., & Montaña, L. (1987). *Mito y Poder en las Organizaciones. Un análisis crítico de la teoría de la organización*. México: Trillas.
- Ibarra-Colado, E. (1999). Los saberes sobre la organización: Etapas, enfoques y dilemas. In C. A. Castillo (Ed.), *Economía, Organización y Trabajo: Un Enfoque Sociológico* (pp. 95-154). Madrid: Pirámide.
- Ibarra-Colado, E. (2001). *La Universidad en México Hoy: Gubernamentalidad y Modernización*. México: UNAM/ UAM-Iztapalapa/ANUIES.
- Ibarra-Colado, E. (2004). *¿Estudios Organizacionales en América Latina?: Transitando del centro hacia las orillas*. México: Área de Estudios Organizacionales, UAM-Iztapalapa.
- Ibarra-Colado, E. (2008). Is there any future for Critical Management Studies in Latin America?: Moving from epistemic coloniality to 'trans-discipline'. *Organization*, 15(6), 937-940.
- Institute of Medicine of the National Academies. (2010). *Future Directions for the National Healthcare Quality and Disparities Reports*. Washington D.C.: IMO.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. (1975). *Evaluación del expediente clínico*. México: ISSSTE.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (1990). Número dedicado a Calidad de la Atención a la Salud. *Salud Pública de México*, 32(2).
- Instituto Nacional de Salud Pública. (1993). Número dedicado a Nuevos Horizontes de la Calidad de la Atención a la Salud. *Salud Pública de México*, 35(3).
- Isabella, L. (1990). Evolving interpretation as a change unfolds: How managers construed key organizational events. *Academy of Management Journal*, 33, 7-41.
- Ishikawa, K. (1985). *¿Qué es el Control Total de la Calidad?* Bogotá: Norma.
- Jackson, S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(4), 157-163.

- James, N. (1993). Divisions of emotional labour: disclosure and cancer. In S. Fineman (Ed.), *Emotion in Organizations* (pp. 38-57). Londres: Sage.
- Jehn, K. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40, 256-282.
- Johnson, S. (1999). Doing Critical Organization Research: An Examination of Methodology. Manchester School of Management. Consultado el 14/05/09 en: [www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/cmsconference/proceedings.htm](http://www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/cmsconference/proceedings.htm)
- Joint Commission for Accreditation Healthcare Organizations. (2001). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook, Ill: JCAHO.
- Jørgensen, K., & Boje, D. M. (2008). Antenarrative inquiry genealogy and story analysis in organizations. *19th Standing Conference for Management and Organization Inquiry*.
- Jørgensen, K., Henriksen, L., Norreklit, L., & O'Donnell, D. (2007). Narrative and time in intellectual capital management. *5th Critical Management Studies Conference Reconnecting Critical Management*.
- Kakar, S. (1970). Frederick Winslow Taylor. Le contrôle des émotions et le contrôle de la productivité. In L. Lapierre (Ed.), *Imaginaire et Leadership. Fantômes inconscients et pratiques de direction* (pp. 551-576). Montreal: Presses HEC.
- Keen, J., & Packwood, T. (1995). Qualitative research: case study evaluation. *British Medical Journal*, 311, 444-446.
- Kelemen, M. (1995). Total quality management in the UK service sector: a social constructivist study.
- Kelemen, M. (2003). *Managing Quality*. London: Sage.
- Kellner, D. (1996). Frankfurt school. En A. Kuper & J. Kuper (Eds.), *The Social Science Encyclopedia* (pp. 312-314). London: Routledge.
- Kets de Vries, M. F., & Miller, D. (1984). *The Neurotic Organization*. San Francisco: Jossey Bass.
- Kivimäki, M., Mäki, E., Lindström, K., Alanko, A., Seitsonen, S., & Järvinen, K. (1997). Does the implementation of total quality management (TQM) change the wellbeing and work-related attitudes of health care personnel?, Study of a TQM prize-winning surgical clinic. *Journal of Organizational Change Management*, 10(6), 456-470.
- Knights, D., & Morgan, G. (1991). Corporate strategy, organisations and subjectivity: A critique. *Organization Studies*, 12(2), 251-273.
- Krüger, V. (2001). Main schools of TQM: "the big five". *The TQM Magazine*, 13(3), 146-155.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lacity, M., & Janson, M. (1994). Understanding qualitative data: A framework of text analysis methods. *Journal of Management Information Systems*, 11(2), 137-155.
- Laffel, G., & Blumenthal, D. (1989). The case for using industrial quality management science in health care organizations. *Journal of American Medical Association*, 262(20), 2869-2873.
- Lanning, J. A., & O'Connor, S. J. (1990). The health care quality quagmire: some

- signposts. *Hospital & Health Services Administration*, 35(1).
- Larrinaga, C. (1999). Perspectivas alternativas de investigación en contabilidad: una revisión. *Revista de Contabilidad*, 2(3), 103-131.
- Learmonth, M. (2005). Tales of the unexpected? Stirring things up in health care management. *Journal of Health Organization and Management*, 19(3), 181-188.
- Learmonth, M., & Harding, N. (2004). *Unmasking Health Care Management: A Critical Text*. New York: Nova Science.
- Lee, R. I., & Jones, L. W. (1933). *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago: Chicago University Press.
- Lee-Ramos, A., Remolina, I., González, F., & Pérez, J. (1975). Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México. *Boletín Médico del IMSS*, 17.
- Levy, R., & Hollan, D. (1998). Person-centered interviewing and observation. In H. Bernard (Ed.), *Handbook of Methods in Cultural Anthropology* (pp. 333-364). Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Longest, B. B. (1990). *Management Practices for the Health Professional*. Norwalk, CT.: Appleton & Lange.
- Mack, G. H. (1979). Hospital organizational structure. En J. G. Webster & A. M. Cook (Eds.), *Clinical Engineering. Principles and Practices* (pp. 21-43). Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Makens, P. K., & McEachern, E. (1990). Applications of industrial quality improvement in health care. *Journal of Occupational Medicine*, 32(12), 1177-1183.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(11 Agosto), 483-488.
- Maqueo, P., Perez, J., Lee, A., & Gonzalez, F. (1976). Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social (primera parte). *Boletín Médico del IMSS*, 18.
- Marsden, R., & Townley, B. (1996). The owl of Minerva: Reflection on theory in practice. En S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 659-674). London: Sage.
- Martin, J. M. (1992). *Cultures in Organizations: Three Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, J. M., & Frost, P. J. (1996). The organizational culture war games: A struggle for intellectual dominance. En S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 599-620). London: Sage.
- Martínez, A. (2007). *Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud*. Mexico: Universidad de Guadalajara.
- Martínez, A., García, J., & Reyes, S. (1995). Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. *Cad. Saúde Pública*, 11(3), 456-462.
- Martínez, A., Van-Dick, M. A., Nápoles, F., Robles, J., Ramos, A., & Villaseñor, I. (1996). Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la

- utilización de los servicios médicos. *Cad. Saúde. Pública*, 12(3), 399-403.
- Martínez-Lorente, A., Dewhurst, F., & Dale, B. (1998). Total quality management: origins and evolution of the term. *The TQM Magazine*, 10(5), 378-386.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maxwell, R. J. (1984). Quality assesment in health. *British Medical Journal*, 288(12 mayo), 1470-1472.
- Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Alberta: Qual Institute Press.
- Mayo, E. (1946). *Problemas Humanos de una Civilización Industrial*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- McGlynn, E. A., Ash, S. M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645.
- McGregor, D. (1960). *El lado humano de las empresas*. México: McGraw-Hill / Interamericana de México.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1990). Total quality management in health care: making it work. *Health Care Management Review*, 15(3), 7-14.
- Meek, V. L. (1988). Organizational Culture: Origins and Weaknesses. *Organization Studies*, 9(4), 453-473.
- Mercado, E. (1991a). *Calidad Integral, Empresarial e Institucional. I Capacitación a Empleados*. México: Limusa.
- Mercado, E. (1991b). *Calidad Integral, Empresarial e Institucional. II Capacitación Gerencial*. México: Limusa.
- Minello, N. (1999). *A modo de Silabario. Para leer a Michel Foucault*. México: El Colegio de México.
- Mintzberg, H. (1983). *El Poder en la Organización*. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*, 22(4), 9-18.
- Mintzberg, H. (2002). Managing care and cure-up and down, in and out. *Health Services Management Research*, 15, 193-206.
- Montaño, L. (1991). Las nuevas relaciones-humanas: Un falso reto a la democracia. En E. Ibarra-Colado & L. Montaño (Eds.), *Ensayos Críticos para el Estudio de las Organizaciones en México* (pp. 67-102). México: UAM-I Miguel Ángel Porrúa.
- Morgan, G. (1986). *Images of Organizations*. Beverly Hills: Sage.
- Morgan, G., & Smircich, L. (1980). The case for qualitative research in organization theory. *Academy of Management Review*, 5(4), 491-500.
- Motwani, J., Sower, V., & Brashier, L. (1996). Implementing TQM in the health care sector. *Health Care Management Review*, 21(1), 73-82.
- Mouzelis, N. (1967). *Organización y Burocracia: Un Análisis de las Teorías Modernas sobre Organizaciones Sociales*. Barcelona: Península.
- Mumby, D. K., & Putnam, L. (1992). The politics of emotion: A feminist reading of bounded rationality. *Academy of Management Review*, 17(3), 465-486.
- Newman, K., & Pyne, T. (1996). Quality matters: Junior doctors' perceptions.

- Journal of Management in Medicine*, 10(4), 12-23.
- Nwabueze, U.(2001a). The implementation of TQM for the NHS manager. *Total Quality Management*, 12(agosto), 657-669.
- Nwabueze, U. (2001b). An industry betrayed: the case of total quality management in manufacturing. *The TQM Magazine*, 13(6), 400-408.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., & Sepúlveda, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Orlikowski, W. J., & Baroudi, J. J. (1991). Studying information technology in organizations: research approaches and assumptions. *Information Systems research*, 2(1), 1-28.
- Ortiz, F. (2000). *Hospitales*. México: McGrawHill.
- Ortiz, R., Muñoz, S., & Torres, E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Revista Española Salud Pública*, 78(4), 527-537.
- Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality. An introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell Scientific Press.
- Parsons, T. (1937). *La Estructura de la Acción Social*. Madrid: Guadarrama.
- Pasmore, W. A., & Fagans, M. R. (1992). Participation, individual development, and organizational change: A review and synthesis. *Journal of Management*, 18(2), 375-397.
- Passaro, E., & Organ, C. (1999). The improper bostonian. *Bulletin of The American College of Surgeons*, 84(4).
- Patton, M. Q. (2001). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Pawson, G., & O'Kane, M. (2002). Professionalism, regulation, and the market: Impact on accountability for quality of care. *Health Affairs*, 21(3), 200-207.
- Perdomo, J., & González, J. (2004). Medición de la gestión de calidad total: Una revisión de la literatura. *Cuadernos de Administración*, 17(28), 91-109.
- Pérez, G. (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. I. Métodos*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Perez, J. (1974). Evaluación Médica. *Boletín Médico del IMSS*, 16.
- Perrow, C. (1965). Hospitals: technology, structure, and goals. In J. G. March (Ed.), *Handbook of Organizations* (pp. 910-971). Chicago: Rand McNally.
- Peters, T. J. (1987). *Del Caos a la Excelencia : Manual para una revolucion en la direccion y administracion de empresas*. Barcelona: Folio.
- Peters, T. J., & Austin, N. K. (1985). *Pasión por la Excelencia*. México: Lasser Press.
- Peters, T. J., & Waterman, R. H. (1982). *En Busca de la Excelencia*. México: Lasser Press.
- Pfeffer, J. (1993). Barriers to the advance of organizational science: Paradigm development as a dependent variable. *Academy of Management Review*, 18(4), 599-620.
- Piercey, W. D., & Scarborough, H. (2008). Hospital. Consultado el 18/10/2009 de <http://m.eb.com/topic/272626/hospital>
- Pine, M., & Kongstvedt, P. R. (1995). Quality management. En P. R. Kongstvedt

- (Ed.), *Essentials of Managed Health Care* (pp. 163-172). Gaithersburg, MA: Aspen Publishers Inc.
- Posada, S., Landero, J., Valenzuela, E., & Amador, J. (2002). Reingeniería del proceso de atención quirúrgica bajo anestesia local en un hospital general. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 8(22), 123-128.
- Prichard, C. (2009). Three moves for engaging students in Critical Management Studies. *Management Learning*, 40(1), 51-68.
- Priego, H., Díaz, M., & López, J. (2001). Consumo en salud: La perspectiva del prestador de servicios de salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 18, 23-32.
- Pritchett, H. S. (1910). Introduction. En A. Flexner (Ed.), *Medical Education in the United States and Canada. A Report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Pugh, D. S., & Hickson, D. J. (2007). *Writers on Organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Qualimed. (2000). *Calidad Total para Directivos de Organizaciones de Salud*. México: Qualimed - Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios. Consultado el 23/09/2005 de [www.salud.gob.mx/unidades/dgces/psacmn.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/psacmn.htm)
- Ramírez, L. H. (2004). Hacia un análisis crítico de la gestión: Presentando los "Critical Management Studies". Estado, Gobierno, Gestión Pública. *Revista Chilena de Administración Pública*, 11(4), 7-25.
- Reed, M. (1996). Organization theorizing: A historically contested terrain. En S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 31-56). Londres: Sage.
- Rees, C. (2001). Worker responses to quality organisations: Discourse and materiality in organisational change. *Work, Employment & Society*, 15(4), 743-761.
- Reyes, H., Meléndez, V., & Vidal, L. (1990). Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 32(2), 232-242.
- Roethlisberger, F. J., & Dickson, W. J. (1936). *Management and the Worker*. Boston: Harvard University Press.
- Rose, N. (1989a). Individualizing psychology. In J. Shotter & K. J. Gergen (Eds.), *Texts of Identity* (pp. 119-131). Londres: Sage.
- Rose, N. (1989b). *Governing the Soul. The shaping of the private self*. Londres: Sage.
- Ruelas, E. (1990). Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pública de México*, 32(2), 108-109.
- Ruelas, E. (2009). El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. *Revista CONAMED*, 14(3), 5.
- Ruelas, E., Aguirre, H., Zurita, B., & Hurtado, A. (2002). Antecedentes y políticas sobre calidad en los servicios de salud. In J. R. de la Fuente, R. Tapia, & M. A. Lezana (Eds.), *La Información en Salud* (pp. 196-199). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Ruelas, E., & Querol, J. (1994). *Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de*

*Atención a la Salud*. México: FUNSALUD.

- Ruelas, E., Reyes, H., Zurita, B., Vidal, L., & Karchmer, S. (1990). Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública de México*, 32(2), 207-220.
- Ruíz de Chávez, M., Martínez, G., Calvo, J., Aguirre, H., Arango, R., Lara, R., Caminos, M. (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública de México*, 32(2), 156-169.
- Salinas, A. A., & Chavira, J. J. (2003). La salud reproductiva, su inherente complejidad inmersa en la racionalidad de los servicios de salud. *Higiene*, V(1), 157-165.
- Sánchez, J., Tena, C., Mahuina, E., Hernández, L., & Rivera, A. (2005). Medicina defensiva en México: Una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cirugía y Cirujanos*, 73(3), 199-206.
- Saturno, P. (1999). Quality in health care: models, labels and terminology. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(5), 373-374.
- Sauceda, A., Durán, L., & Hernández, B. (2000). Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una Organización No Gubernamental. *Salud Publica de Mexico*, 42(5), 422-430.
- Secretaría de Salud. (1986). Norma Técnica Número 52 para elaboración y evaluación del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 20 de agosto.
- Secretaría de Salud. (1994a). Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de residencias medicas NOM-090-SSA1-1994. *Diario Oficial de la Federación*, 22 de septiembre.
- Secretaría de Salud. (1994b). *Cuadernos de Salud 4. Descentralización de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México*. Mexico: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2002a). *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2002b). *ECOS de calidad* (Vol. 1). México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2002c). *ECOS de calidad* (Vol. 2). México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2004). *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2003*. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2005). Norma Oficial Mexicana Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado NOM-234-SSA1-2003. *Diario Oficial de la Federación*, 6 de enero.
- Secretaría de Salud. (2006a). *Libro Blanco. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud. Consultado el 08/01/2007 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
- Secretaría de Salud. (2006b). *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

- Secretaría de Salud. (2007a). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2007b). *Sistema Integral de Calidad en Salud Sicalidad*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2007c). *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Sewell, G., & Wilkinson, B. (1992). Someone to watch over me: Surveillance, discipline and the just-in-time labour process. *Sociology*, 26(2), 271-289.
- Shafritz, J. M., Ott, J. S., & Suk Jang, Y. (2004). *Classics of Organization Theory (sixth edition)*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Short, P., & Rahim, M. (1995). *Total quality management in hospitals*. *Total Quality Management*, 6(3), 255-263.
- Shortell, S., Bennett, C., & Byck, G. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593-624.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (1983). Organization theory and health care management. En S. M. Shortell & A. D. Kaluzny (Eds.), *Health Care Management. A Text in Organization Theory and Behavior*. (pp. 5-37). New York: John Wiley & Sons.
- Shrivastava, P. (1986). Is strategic management ideological? *Journal of Management*, 12(3), 363-377.
- Silverman, D. (1970). *Teoría de las Organizaciones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data*. Londres: Sage.
- Simon, H. (1945). *El Comportamiento Administrativo: Estudio de los procesos decisorios en la organización administrativa*. Buenos Aires: Aguilar.
- Sinclair, A. (2007). Teaching leadership critically to MBA's. *Management Learning*, 38(4), 458-472.
- Siren, P. B. (2001). Quality management in managed care. En P. R. Kongstvedt (Ed.), *Essentials of Managed Health Care* (pp. 361-378). Gaithersburg, MA: Aspen Publishers Inc.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (1982). *Auditoría Médica*. México: DIF.
- Sitkin, S. B., Sutcliffe, K. M., & Schroeder, R. G. (1994). Distinguishing control from learning in total quality management: A contingency perspective. *Academy of Management Review*, 19(3), 537-564.
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28, 339-358.
- Smith, A. C., & Kleinman, S. (1989). Managing emotions in medical school: students' contacts with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly*, 52(1), 56-69.
- Sommer, S. M., & Merritt, D. E. (1994). The impact of TQM intervention on workplace attitudes in a health-care organization. *Journal of Organizational Change Management*, 7(2), 53-62.
- Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5),

- 1442-1465.
- Sprouse, M. W. (1990). A realistic approach for gaining physician support of QA. *Journal of Quality Assurance*, 12(3), 12-17.
- Steffy, B. D., & Grimes, A. J. (1986). A critical theory of organization science. *Academy of Management Review*, 11(2), 322-336.
- Steiner, G. A. (1979). *Planeación Estratégica*. México: CECOSA.
- Steingard, D. S., & Fitzgibbons, D. E. (1993). A postmodern deconstruction of total quality management (TQM). *Journal of Organizational Change Management*, 6(5), 27-42.
- Storey, J. (1992). *Developments in Management Resources*. Oxford: Blackwell.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Col: Universidad de Antioquia.
- Suárez, G. (1997). *Tres Expertos en Calidad: Phillip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran*. Asturias: Asturias Business School, Instituto de Fomento Regional.
- Sutton, R., & Rafaeli, A. (1988). Untangling the relationship between displayed emotions and organizational sales: The case of convenience stores. *Academy of Management Journal*, 31, 461-487.
- Swanberg, E. (1995). Paradoxes of participation: textual analysis and organizational change. *Organization Studies*, 16(5), 769-803.
- Taylor, F. W. (1911). *Principios del Manejo Científico del Trabajo*. Monterrey: Editorial Cultura.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados*. Buenos Aires: Paídos.
- Tena, C., Ruelas, E., Sánchez, J., Rivera, A., Moctezuma, G., Lee, M., Ramírez, A. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del IMSS*, 40(6), 523-529.
- Thompson, P., & Ackroyd, P. (1995). All quiet on the workplace front?: A critique of recent trends in British Industrial Sociology. *Sociology*, 29(4), 615-633.
- Townley, B. (1993). Foucault, power/knowledge, and its relevance for human resource management. *Academy of Management Review*, 18(3), 518-545.
- Tresnowski, B. R. (1989). The current interest in quality is nothing new. *Inquiry*, 25(1), 3-5.
- Trice, H. (1993). *Occupational Subcultures in the Workplace*. New York: ILR Press.
- Tristá, B. (2004). *Introducción a la administración académica* (1º ed.). México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Tristán, J., Ruiz, F., Villaverde, C., Maroto, R., Jiménez, S., & Tristán, R. (2007). Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos. *Antropo*, 14, 37-45.
- Tuckett, D. (1976). The organization of hospitals. En D. Tuckett (Ed.), *An Introduction to Medical Sociology* (pp. 225-253). New York: Tavistock.
- Turner, B. (1986). Sociological aspects of organizational symbolism. *Organization Studies*, 7(2), 101-115.
- Üsdiken, B., & Kieser, A. (2004). Introduction: History in organisation studies. *Business History*, 46(3), 321-330.

- Valdespino, J., Olaiz, G., López-Barajas, M., Mendoza, L., Palma, O., Velázquez, O., Tapia, R. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Van Maanen, J. (1979). Reclaiming qualitative methods for organizational research. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 520-529.
- Van Maanen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. Ontario: The State University of New York Press.
- Velarde, R., Priego, H., & López, J. (2004). Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 27, 55-66.
- Weber, M. (1922). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, K. L., Frenk, J., Ordoñez, C., Paganini, J. M., & Starfield, B. (Eds.). (1992). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Wilkinson, A., & Willmott, H. (1995a). *Making Quality Critical. New Perspectives on Organizational Change*. London: Routledge.
- Wilkinson, A., & Willmott, H. (1995b). Introduction. En A. Wilkinson & H. Willmott (Eds.), *Making Quality Critical. New Perspectives on Organizational Change*. Londres: Routledge.
- Willmott, H. (1992). Postmodernism and excellence: The de-differentiation of economy and culture. *Journal of Organizational Change Management*, 5(1), 58-68.
- Willmott, H. (1993). Strength is ignorance; Slavery is freedom: Managing culture in modern organizations. *Journal of Management Studies*, 30(4), 515-551.
- Willmott, H. (1997). Management and organization studies as science? *Organization*, 4(3), 309-344.
- Willmott, H. (1998). Towards a new Ethics? The contributions of poststructuralism and posthumanism. In *Ethics and Organizations* (pp. 76-121). Londres: Sage.
- Willmott, H. (2003). Renewing strength: Corporate culture revisited. *M@n@gement*, 6(3), 73-87. Consultado el 18/10/2010 de [http://www.management-aims.com/about\\_fr.html](http://www.management-aims.com/about_fr.html)
- Wolper, L. F., & Peña, J. (1999). History of Hospitals. En L. F. Wolper (Ed.), *Health Care Administration. Planning, implementing and managing organized delivery systems* (pp. 391-405). Gaithersburg, MA: Aspen Publishers Inc.
- Wrege, C. (1980). The efficient management of hospitals: pioneer work of Ernest Codman, Robert Dickinson and Frank Gilbreth; 1910-1918. *Proceedings, Academy of Management Annual Meeting*, 114-118.
- Wrege, C. (1983). Medical men and scientific management: a forgotten chapter in management history. *Review of Business and Economics*, 18(3), 32-47.
- Wyszewianski, L. (1988). Quality of care: past achievements and future challenges. *Inquiry*, 25(Spring), 13-22.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Zurita, B., Nigenda, G., & Ramírez, T. (1997). Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud, 1994. En J. Frenk (Ed.), *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas* (pp. 237-252). México: FUNSALUD.
- Zurita, B., & Ramírez, T. (2003). Opinión pública sobre el sistema de salud. En F. Knaul & G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 163-169). México: FUNSALUD.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

### ACTA DE DISERTACIÓN PÚBLICA

No. 00106

Matricula: 095356995

PROGRAMA DE MEJORA: CRUZADA POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. LA PERCEPCION DEL PERSONAL MEDICO EN UN HOSPITAL PUBLICO. REFLEXIONES DESDE LOS ESTUDIOS CRITICOS DE GESTION

En México, D.F., se presentaron a las 13:00 horas del día 18 del mes de marzo del año 2011 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DR. ELIGIO CALDERON RODRIGUEZ  
DR. ALEJANDRO ESPINOZA YAÑEZ  
DRA. ROSA ISELA GARCIA HERRERA



JOSE JAIME CHAVIRA ORTEGA  
ALUMNO

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretaria la última, se reunieron a la presentación de la Disertación Pública cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

DOCTOR EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

DE: JOSE JAIME CHAVIRA ORTEGA

y de acuerdo con el artículo 78 fracción IV del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

*Aprobar*

REVISÓ  
*[Signature]*

LIC. JULIO CESAR DE LARA ISASSI  
DIRECTOR DE SISTEMAS ESCOLARES

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó al interesado el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

DIRECTOR DE LA DIVISION DE CSH

*[Signature]*  
DR. JOSE OCTAVIO NATERAS DOMINGUEZ

PRESIDENTE

*[Signature]*  
DR. ELIGIO CALDERON RODRIGUEZ

VOCAL

*[Signature]*  
DR. ALEJANDRO ESPINOZA YAÑEZ

SECRETARIA

*[Signature]*  
DRA. ROSA ISELA GARCIA HERRERA