

## **CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **MATERIAL DIDÁCTICO PARA EDUCACIÓN A DISTANCIA Y SEMIPRESENCIA**

---

**C. P. JESÚS RIOS MARTINEZ** <sup>(1)</sup>

---

(1) Contador Público, egresado del I.P.N. México, Maestría en Administración y en Economía Financiera, por el CESEM (Centro Superior de Estudios Empresariales, México, por la UNAM). Profesor en diversas Universidades, en el grado de Licenciatura y Maestría en Administración, Asesor en el Instituto Mexicano del Seguro Social y Consultor en diversos proyectos internacionales.

## **CONTENIDO**

1. Definición.
2. Principales etapas del desarrollo del movimiento hacia la calidad.
  - 2.1. Calidad en la época artesanal.
  - 2.2. Calidad a partir de la época industrial.
3. Descripción de cada etapa.
  - 3.1. Primera etapa: el control de la calidad mediante la inspección.
  - 3.2. Segunda etapa: el control estadístico de la calidad.
  - 3.3. Tercera etapa: el aseguramiento de la calidad.
  - 3.4. Cuarta etapa: la calidad como estrategia competitiva.
4. El mejoramiento continuo.
  - 4.1. Comparación entre la forma tradicional de proceder y la que es propia del concepto moderno de control de calidad.
  - 4.2. La garantía de calidad como resultado del nuevo concepto de control de calidad.
  - 4.3. Necesidad de un nuevo sistema administrativo y de una nueva cultura organizacional.
5. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad.
  - 5.1. La esencia del desempeño: Calidad y Eficiencia.
  - 5.2. ¿Cuál es el nuevo impacto de la calidad?
  - 5.3. ¿Qué es el control total de la calidad y cuál es su propósito?
  - 5.4. El significado de “calidad”.
  - 5.5. El significado de “calidad” – Orientación a la satisfacción del usuario.
  - 5.6. El significado de “control”.
  - 5.7. ¿Cuál es el alcance del control total de la calidad?

**6. Los Costos de Mala Calidad.**

6.1 ¿Qué es el Costo de la Mala Calidad?

6.2 En dónde usar el CMC.

6.3 ¿Por qué usar el CMC?

6.4 Limitaciones del CMC.

**7. Sistemas de Costos de la Mala Calidad.**

7.1 Ventajas de un Sistema de Costos de Mala Calidad

## CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

### 1. DEFINICIÓN.

La palabra **calidad** designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permiten emitir un juicio de valor acerca de él. En este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, esta expresión designa entonces un juicio positivo con respecto a las características del objeto. El significado del vocablo calidad en este caso pasa a ser equivalente significado de los términos **excelencia, perfección**. El concepto de perfección durante la Edad Media era tal, que se consideraba como obra perfecta sólo aquella que no tenía ningún defecto.

Se ha acostumbrado hablar de perfección en relación con las mejores expresiones culturales, como son las obras maestras de arte en cualquiera de sus manifestaciones: arquitectura, pintura, música, literatura, etc.; últimamente, sin embargo, los términos perfección y calidad se aplican cada vez con mayor frecuencia a los productos que son el resultado de la actividad de manufactura, este concepto abarca ahora con mayor énfasis los servicios, entre ellos, las prestaciones médicas.

### 2. PRINCIPALES ETAPAS DEL DESARROLLO DEL MOVIMIENTO HACIA LA CALIDAD.

#### 2.1 Calidad en la época artesanal.

Los trabajos de manufactura en la época preindustrial, como eran prácticamente labores de artesanía, tenían mucho que ver con la obra de arte. El artesano ponía todo su empeño en hacer lo mejor posible cada una de sus obras cuidando incluso que la presentación del trabajo satisficiera los gustos estéticos de la época, dado que de la perfección de su obra dependía su prestigio artesanal.

El juicio acerca de la calidad del producto tenía entonces como base la relación personal que se establecía entre el artesano y el usuario. Cuando alguien necesitaba de un producto, como podría ser una herramienta o un determinado vestido o traje, exponía sus necesidades al fabricante, quien lo elaboraba de acuerdo con los requerimientos establecidos por el cliente. Como eran trabajos "hechos a la medida", el productor sabía de inmediato si su trabajo había dejado satisfecho al cliente, o no.

## **2.2 Calidad a partir de la época industrial.**

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió. El taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción y que, por consiguiente, eran reemplazables.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Dichos procedimientos han ido evolucionando, sobre todo, durante estos últimos tiempos; lo cual ha sido a su vez ocasión para que se pusieran de relieve determinados matices involucrados en el concepto de calidad.

En este proceso de evolución se distinguen cuatro diferentes etapas:

- 1950-1960** la etapa en la que se cuida la calidad de los productos mediante un trabajo de inspección.
- 1950-1970** la etapa en la que se cae en la cuenta de que la atención a la calidad exige observación del proceso a fin de mejorarlo;
- 1960-1970** la etapa en la que, además del mejoramiento del proceso, se percibe la necesidad de asegurar el mejoramiento introducido;
- 1980-2000** y, finalmente, la etapa en la que la administración misma redefine su papel con el propósito de que la calidad del producto sea la estrategia a emplear para tener éxito frente a los competidores.

## **3. DESCRIPCIÓN DE CADA ETAPA.**

### **3.1 Primera etapa: el control de la calidad mediante la inspección.**

Esta etapa coincide con el periodo en el que comienza a tener mucha importancia la producción de artículos en serie. Ante esta situación era necesario ver si el artículo, al final de la línea de producción, resultaba apto o no, para el uso para el que esta destinado; por eso, en las fábricas se vio la conveniencia de introducir un departamento especial a cuyo cargo estuviera la tarea de inspección. A este nuevo organismo se le denominó departamento de control de calidad.

G. S. Radford, en su obra *The Control of Quality in Manufacturing*, afirma que la inspección tiene como propósito examinar de cerca y en forma crítica el trabajo para comprobar su calidad y detectar los errores; una vez que éstos han sido identificados, personas especializadas en la materia deben ponerles remedio.

La inspección no sólo debe llevarse a cabo en forma visual, sino además con ayuda de instrumentos de medición. Radford propone métodos de muestreo como ayuda para llevar a cabo el control de calidad, mas no fundamenta sus métodos en la estadística; habla, además, de cómo debe organizarse el departamento de inspección.

### **3.2 Segunda etapa: el control estadístico de la calidad.**

Una definición precisa del control a efectuarse en el proceso de manufactura, desarrolla técnicas eficaces para monitorear y evaluar día a día la producción o el servicio, al mismo tiempo que propone diversas formas para mejorar la calidad.

Shewhart fue el primero en reconocer que en toda producción industrial se da variación en el proceso.

Esta variación debe ser estudiada con los principios de la probabilidad y de la estadística.

La administración debe tomar en cuenta este hecho, relacionado íntimamente con el problema de la calidad. No se trata de suprimir la variación, -esto resulta prácticamente imposible-, sino de ver qué rango de variación es aceptable sin que se originen problemas. El análisis expuesto tuvo su origen en el concepto de control estadístico de Shewhart.

Mientras Shewhart proseguía su trabajo con respecto al control del proceso, otros investigadores principalmente Harold Dodge y Harry Romig, avanzaban en la forma de llevar a cabo la práctica del muestreo, que es el segundo elemento importante del control estadístico del proceso.

Las técnicas del muestreo parten del hecho de que en una producción masiva es imposible inspeccionar todos los productos, para diferenciar los productos buenos de los malos. De ahí la necesidad de verificar un cierto número de artículos entresacados de un mismo lote de producción, para decidir sobre esta base si el lote entero es aceptable o no.

La necesidad de elaborar programas de entrenamiento en asuntos referentes al control de calidad con la cooperación de importantes universidades de Estados Unidos, fue la ocasión para que los conceptos y las técnicas del control estadístico se introdujeran en el ámbito universitario.

A finales de la década de los cuarenta, el control de la calidad era parte ya de la enseñanza académica. Sin embargo, se le consideraba únicamente desde el punto de vista estadístico y se creía que el ámbito de su aplicación se reducía en la práctica, al departamento de manufactura y producción.

### 3.3 Tercera etapa: el aseguramiento de la calidad.

Esta tercera etapa se caracteriza por dos hechos muy importantes: la toma de conciencia por parte de la administración del papel que le corresponde en el aseguramiento de la calidad y la implantación del nuevo concepto de control de calidad en Japón.

Antes de la década de los cincuenta, la atención se había centrado en el control estadístico del proceso, ya que en esta forma era posible tomar medidas adecuadas para prevenir los defectos. Este trabajo se consideraba responsabilidad de los estadísticos.

Sin embargo, era necesario que quedara asegurado el mejoramiento de la calidad logrado; lo cual significaba que había que desarrollar profesionales dedicados al problema del aseguramiento de la calidad y que, más aún, había que involucrar a todos en el logro de la calidad. Todo lo cual requería un compromiso mayor por parte de la administración. ¿Estaría dispuesta la alta gerencia a un compromiso de este género?

Lo anterior implicaba una partida presupuestal dedicada específicamente a atender programas de calidad. ¿Estaría la administración dispuesta a hacer dicha erogación?. Ciertamente se era consciente de que el producto defectuoso incidía en los costos de producción, pero ¿hasta qué grado?. La inversión hecha para asegurar la calidad ¿quedaría justificada por el ahorro que significaba evitar el producto defectuoso?. Tales eran, en el fondo, los problemas que se planteaban al inicio de esta nueva época del desarrollo del movimiento hacia la calidad.

Cuatro son ahora los autores más importantes que figuran: W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum y Philip B. Crosby. Deming pone de relieve la responsabilidad que la alta gerencia tiene en la producción de artículos defectuosos. Juran investiga los-costos de la calidad. Feigenbaum, por su parte, concibe el sistema administrativo como coordinador en la compañía del compromiso de todos en orden al logro de la calidad. Crosby es el promotor-del movimiento denominado **cero defectos**.

W. Edwards Deming ocupa un lugar preponderante en el movimiento hacia la calidad debido, sobre todo, a su planteamiento visionario de la responsabilidad de la administración y la influencia que tuvo en el movimiento japonés hacia la calidad.

Su planteamiento es el siguiente: si se mejora la calidad, disminuyen los costos. La reducción de costos juntamente con el mejoramiento de la calidad se traducen mayor productividad. La empresa con mayor productividad es capaz de capturar un mercado cada vez mayor, lo cual le va a permitir permanecer en el mundo de los negocios conservando así las fuentes de trabajo para sus empleados. Hacer este cambio en el sistema es tarea de la alta gerencia.

Joseph Juran, en su libro *Quality Control Handbook* dice algunos costos de producción, son inevitables, pero otros se pueden suprimir. Son inevitables los relacionados con el control de la calidad. Los que se pueden suprimir son los que se relacionan con los productos defectuosos, como son el material de desecho, las horas invertidas en reparaciones, en retrabajo y en atender reclamaciones, y las pérdidas financieras que resultan de clientes insatisfechos. Si se suprimieran todos estos costos invirtiendo en el mejoramiento de la calidad, se lograrían ahorros verdaderamente substanciales. Se estaría explotando el "oro contenido en la mina". Es responsabilidad de la alta gerencia decidir qué tanto quiere invertir en este mejoramiento. Los administradores, además, deben tener en cuenta que determinadas decisiones tienen consecuencias muy importantes. Por ejemplo, la inversión hecha en el diseño de calidad de un nuevo producto va a repercutir grandemente en los costos de fabricación del producto y en la aceptación que el artículo va a tener entre los consumidores.

Armand Feigenbaum en su libro *Total Quality Control*, propone por primera vez el concepto **control total de calidad**, el principio fundamental del que hay que partir es el siguiente: **la calidad es trabajo de todos y de cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso.**

Si no intervienen grupos interdepartamentales en todas estas actividades, se corre el riesgo de cometer errores en el proceso, que tarde o temprano van a ser causa de problemas en la línea de ensamble o, peor aún, cuando el producto esté ya en manos del consumidor.

A fin de que el sistema funcione, es necesario que las compañías desarrollen matrices en las que expresen las responsabilidades que los diferentes departamentos tienen con respecto a determinadas actividades o funciones. De ahí la necesidad de constituir equipos interdepartamentales que tengan como función llevar a la mesa de discusión los puntos de vista de los diferentes departamentos y asegurar el que estos puntos de vista sean tomados en cuenta en la actividad propia de cada departamento. La alta gerencia es, en último término, la responsable de la efectividad del sistema.

Tanto Juran como Feigenbaum señalan la necesidad de contar con nuevos profesionales de la calidad que reúnan conocimientos estadísticos y habilidades administrativas.



Martin Company, pues, articuló una filosofía, según la cual el único standard aceptable de calidad es cero defectos. Para lograr este propósito entrenó a sus trabajadores, hizo eventos especiales, estableció metas y llevó a cabo autoevaluaciones. Philip B. Crosby, quien trabajó en la compañía Martin en la década de los sesenta, divulgó esta filosofía en su libro *Quality Is Free*. A juicio de este autor es técnicamente posible lograr una excelente calidad; la cual es lo más redituable desde el punto de vista económico.

### **3.4 Cuarta etapa: la calidad como estrategia competitiva.**

Se trata de un cambio profundo en la forma como la administración concibe el papel que la calidad desempeña actualmente en el mundo de los negocios. Si en épocas anteriores se pensaba que la falta de calidad era perjudicial a la compañía, ahora se valora la calidad como la estrategia fundamental para alcanzar competitividad y por consiguiente, como el valor más importante que debe presidir las actividades de la alta gerencia.

En los servicios de salud la calidad no pasa a ser estrategia competitiva sólo porque se apliquen métodos estadísticos para controlar los servicios; como tampoco lo es por el hecho de que todos se comprometan a realizar su función sin "ningún defecto", pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos, es decir, la salud debe de ser competitiva. La calidad pasa a ser estrategia de competitividad en el momento en el que la alta gerencia toma como punto de partida para su planeación estratégica los requerimientos del usuario y la calidad de los servicios de otras instituciones. Se trata de planear toda la actividad de un hospital, en tal forma de entregar al usuario, servicios que respondan a sus requerimientos y que tengan una calidad superior a la que ofrecen los competidores.

## **Preguntas**

---

Describe La Calidad en los Servicios de Salud.

Describe en los principales Centros de Producción de una Unidad Hospitalaria, los elementos de calidad que se tienen.

¿Cómo concibes como estrategia competitiva La Calidad en los Servicios de Salud?

¿Cómo concibes en una Unidad de Salud (médico-asistencial) el planteamiento de “si se mejora La Calidad, disminuyen los costos”?

¿En una Unidad de Salud de cualquier tipo propondrías una erogación especial para mejorar la calidad?

¿Cómo desarrollarías en un Centro de Producción Hospitalaria un esquema de calidad?

#### 4. EL MEJORAMIENTO CONTINUO COMO ESTRATEGIA PARA LLEGAR A LA CALIDAD.

Por **mejoramiento continuo** se entiende la política de mejorar constantemente y en forma gradual los servicios, estandarizando los resultados de cada mejoría lograda. Esta política hace posible, partiendo de estándares establecidos, y alcanzar niveles cada vez más elevados de calidad.

**El mejoramiento continuo como resultado de la interacción, de las actividades de investigación, diseño, manufactura y ventas y/o servicio.**

Según Deming, para obtener la calidad que satisfaga los clientes,

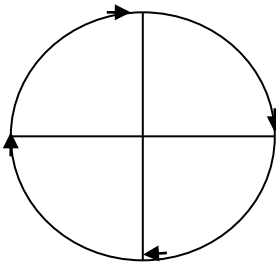
\* debe darse una interacción de las actividades de investigación de mercado, de diseño del producto, de fabricación y de ventas, con el propósito de mejorar los niveles de calidad;

\* y esta interacción debe repetirse en forma cíclica.

La interacción mencionada y la forma cíclica de proceder se suele expresar mediante un círculo, denominado **círculo de Shewhart o ciclo de calidad**.

4. INVESTIGACIÓN:  
verificación de las reacciones de los Usuarios, para ser Tomadas en cuenta en el nuevo diseño.

1. DISEÑO:  
diseño del producto con pruebas apropiadas.



3. VENTAS.

2. PRODUCCIÓN:  
fabricación del producto probándolo en la línea de producción y en el laboratorio.

El círculo nace de un procedimiento en el que se llevan a cabo los siguientes pasos:

- Paso 1:** Se conocen las necesidades de los clientes.
- Paso 2:** Se diseña el producto en tal forma que éste responda a dichas necesidades.
- Paso 3:** El producto se manufactura de acuerdo con el diseño y se pone a prueba.
- Paso 4:** Se hacen las modificaciones que han sido resultado de las pruebas hechas y el producto se ofrece al público.
- Paso 5:** Se comprueba la reacción de los consumidores con respecto al producto. Con base en estas reacciones se diseña de nuevo el producto, repitiendo el ciclo a partir del paso 2; y así sucesivamente.

En el ejemplo de los cuadros decorativos, la etapa de **planeación** incluye conocer las expectativas de los clientes y determinar los objetivos, esto es, decidir qué tipo de producto decorativo se desea elaborar y sus características. Incluye, además, determinar los métodos y tecnología a utilizar para el logro de dichos objetivos.

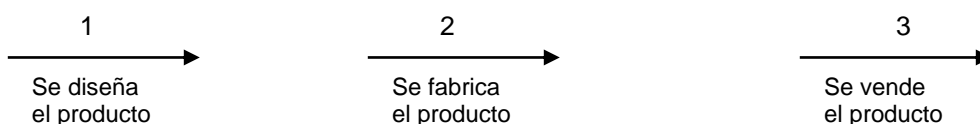
En la etapa de **fabricación** se da capacitación al obrero en la metodología y tecnología adoptadas y se realiza el trabajo sometiendo a prueba el método instituido. Someter a prueba significa identificar los defectos, verificar las causas de los defectos y corregir la forma de trabajo, a fin de suprimir las causas de los defectos

En la etapa de **verificación** se pone en venta el producto.

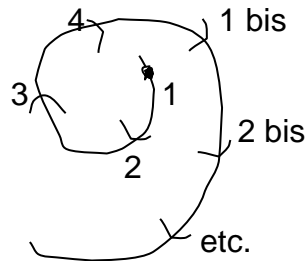
En la etapa de **actuación** se examinan las reacciones de los clientes; se ve qué les gusta o qué les disgusta de los cuadros decorativos y se toman en cuenta sus sugerencias, a fin de rediseñar el producto de acuerdo con la reacción de los clientes, haciendo hincapié en la innovación, pues este punto conserva a la empresa con una gran capacidad de renovación.

#### 4.1 Comparación entre la forma tradicional de proceder y la que es propia del concepto moderno de control de calidad.

\* La forma tradicional de proceder ha sido la siguiente:



\* En el concepto moderno de control de calidad se procede, en cambio, de la siguiente manera:



1. Se diseña el producto con pruebas apropiadas.
  2. Se le fabrica, haciendo pruebas en las líneas de producción y en el laboratorio.
  3. Se pone en el mercado el producto.
  4. Se Investiga la reacción del mercado para saber qué piensa el usuario y por qué otros no lo compran.
- 1 bis. Se rediseña el producto con base en las reacciones de los consumidores con respecto a calidad y precio.
- 2 bis, etc. Los productos hechos de acuerdo con los nuevos diseños, se someten a nuevas pruebas en las líneas de producción y en el laboratorio; etc.

Con esta forma de proceder se desarrolla el proceso de constante mejoramiento que, en forma gradual y mediante pequeños cambios, va mejorando los estándares de calidad.

Por tanto, debe proceder aplicando en su actividad el círculo de Deming.

- **Planear** significa entonces diseñar mejoras en el trabajo.
- **Hacer** significa introducir dichas mejoras en el proceso verificando internamente su efectividad.
- **Verificar** significa realizar el trabajo con las mejoras introducidas.
- **Actuar** significa recibir la retroalimentación del departamento-cliente acerca de las mejoras introducidas y con base en dicha retroalimentación institucionalizar el mejoramiento con el propósito de prevenir la repetición de los defectos.

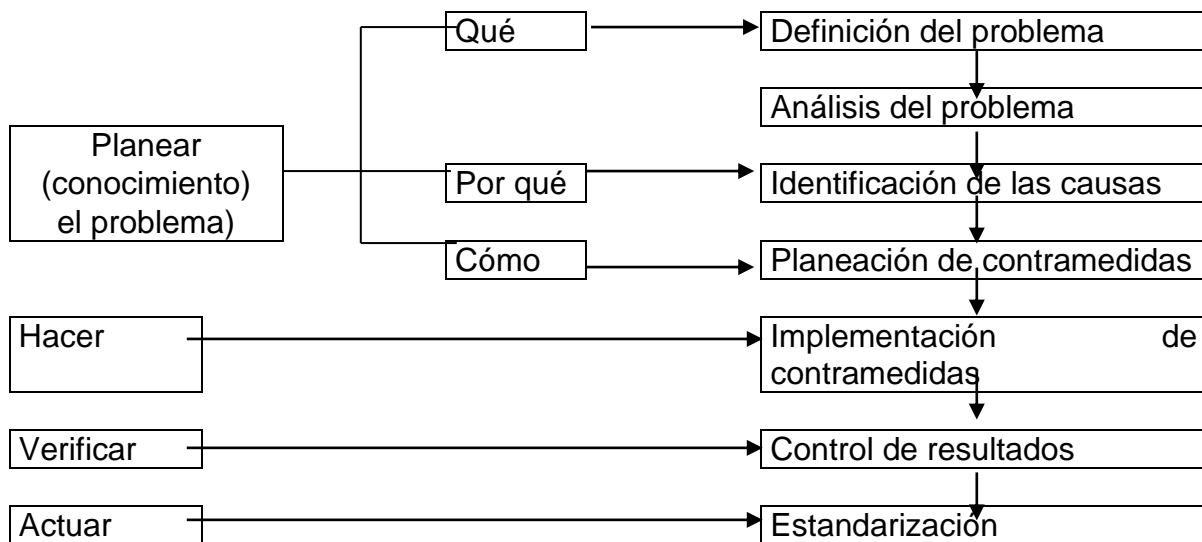
Para continuar con el proceso de mejoramiento continuo, los estándares establecidos con las mejoras introducidas por un primer círculo de Deming deben ser considerados como punto de partida para introducir nuevas mejoras. No es posible el progreso, si no se admite que toda situación es perfectible.

El círculo de Deming debe, pues, entenderse como un proceso a través del cual se establecen constantemente nuevos estándares de calidad con el propósito de que éstos vuelvan a ser revisados y reemplazados por estándares mejores.

Hemos visto también que cada uno de estos procesos parciales debe actuar aplicando el círculo de Deming para dar lugar al mejoramiento continuo.

Ahora bien, este mejoramiento continuo de cada etapa del proceso sólo es posible si quienes intervienen en dicho proceso llevan a cabo en su propia actividad laboral el ciclo de calidad. El mejoramiento continuo es el resultado, en último término, de esta aplicación del ciclo de calidad por parte de cada trabajador en su propia actividad laboral.

Esta aplicación consiste en las siguientes actividades:



Los trabajadores deben pues intervenir:

- \* en la planeación del proceso en el que están involucrados;
- \* en la observación del comportamiento del proceso haciendo uso de las herramientas estadísticas;
- \* en la identificación de las causas de variación del mismo;
- \* en la identificación de las acciones a emprender para disminuir dicha variación;
- \* en la verificación del resultado de las acciones emprendidas, lo que tiene lugar cuando escucha la opinión del departamento siguiente que es su cliente;

\* y en el rediseño del proceso, tomando ya en cuenta las observaciones recogidas.

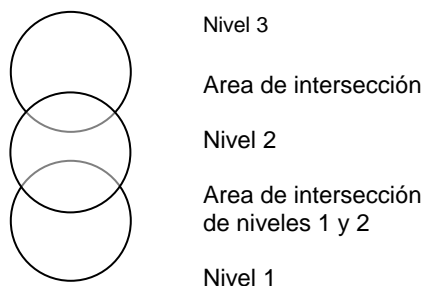
Si los trabajadores proceden en esta forma, no sólo van a mejorar constantemente su actividad laboral sino, además, van a desarrollar sus mejores capacidades humanas, pues

\* el ejercicio de análisis y de planeación que implica el ciclo de calidad desarrolla la capacidad que tiene el ser humano de prever y planear el futuro; capacidad que nos convierte en actores de los acontecimientos, dejando de ser simples espectadores.

\* Además, cuando los resultados comprueban que se hizo bien la planeación, aumenta la confianza de las personas en sus predicciones y en su trabajo de planeación.

El ciclo de calidad debe efectuarse, pues, en todos los niveles de la organización, desde el de los administradores más elevados hasta el de los trabajadores.

Evidentemente que se dan áreas de intersección.



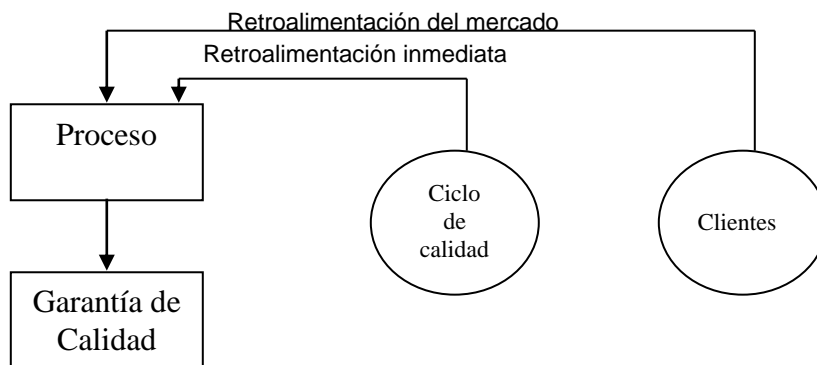
En estos casos, el ciclo de calidad y la toma de decisiones debe ser resultado de la unión de esfuerzos de los comprometidos en dichas áreas de intersección.

#### **4.2 La garantía de calidad como resultado del nuevo concepto de control de calidad.**

Por **garantía de calidad** se entiende la seguridad con que una empresa ofrece sus productos o servicios, de modo que el cliente pueda comprar el producto o hacer uso del servicio con la confianza de que se dan las características ofrecidas y de que el producto se puede utilizar por un tiempo razonable en forma satisfactoria.

Cuando el trabajador de línea procede de acuerdo con el ciclo de calidad, la retroalimentación sobre el proceso es instantánea, lo cual permite que se puedan corregir inmediatamente las fallas del trabajo.

Hay que tener en cuenta que, juntamente con esta retroalimentación inmediata, se da la retroalimentación que tiene como origen las reacciones de los consumidores. El mejoramiento del proceso, pues, se apoya en una doble retroalimentación; la del responsable del proceso mismo y la que proviene de los consumidores.



Este mejoramiento del proceso es lo que, en último término da base a la garantía de calidad.

#### 4.3 Necesidad de un nuevo sistema administrativo y de una nueva cultura organizacional.

La participación activa y responsable del trabajador en el mejoramiento del proceso implica evidentemente cambiar el modelo administrativo tradicional, en el que el operario sólo cumple reglamentos elaborados por el departamento de ingeniería humana, por un **nuevo sistema** que se basa en la participación de todos en **el control de la calidad**.

A manera de resumen señalo los 14 pasos de "Crosby":

**Paso 1** Compromiso gerencial. Asegura que la gerencia media entiende cómo la prevención de errores puede mejorar la calidad en tanto que se reducen los costos. Prepara una política de calidad que establece que cada individuo debe comportarse exactamente como lo requiere el trabajo.

**Paso 2** Equipo para mejoramiento de la calidad. Se designa un equipo para mejoramiento de la calidad que consiste en un miembro de cada departamento de la compañía. Se debe nombrar a una persona que pueda preparar al departamento para la acción, preferentemente la cabeza del departamento.



- Paso 3** Medición de la calidad. Establece las mediciones de la calidad en todas las áreas. Estas mediciones se utilizarán para determinar dónde se requiere una acción correctiva y medir el progreso de ahí en adelante.
- Paso 4** Evaluación del costo de la calidad. Al principio, el costo será bajo, debido a que muchos costos están ocultos. Posteriormente, los costos reales por no hacer las cosas bien la primera vez se harán más aparentes.
- Paso 5** Conocimiento de la calidad. En este paso, se hace del conocimiento de los empleados el programa para mejorar la calidad por conducto de sus supervisores. Esto no es un programa de motivación, más bien es un esfuerzo de comunicación para familiarizar a los empleados con los efectos que conlleva una calidad baja sobre los clientes.
- Paso 6** Acción correctiva. Así como se discuten los problemas de la calidad en el paso 5, las acciones correctivas serán sugeridas por los trabajadores y supervisores. Si se necesita la aprobación de la alta gerencia, los problemas deben ser transferidos; de otra forma, deben resolverse en el nivel más bajo posible.
- Paso 7** Comités para el programa de cero defectos. Tres o cuatro miembros del grupo de mejoramiento de la calidad, establecido en el paso 2, deben asignarse un comité para investigar el concepto de cero defectos (CD) y encontrar las formas de comunicación del programa a todos los empleados (por ejemplo: letreros, cartelones, juntas). Esto no debe ser un programa de relaciones públicas sino un esfuerzo para explicar por qué las cosas se deben hacer bien la primera vez.
- Paso 8** Capacitación del supervisor. Se debe establecer un programa formal para capacitar a cada gerente en cada nivel acerca de los conceptos CD.
- Paso 9** El día de cero defectos. Se debe establecer una día aparte para explicar CD a todos los empleados, de tal manera que puedan entender el concepto de la misma forma. El estándar de cero defectos debe ser firmemente establecido ese día.
- Paso 10** Establecimiento de metas. Estos objetivos deben ser medibles y específicos. Este paso ayuda a la gente a reconocer que el progreso constante hacia la calidad mejorada debe surgir de ellos.

- Paso 11** Eliminación de la causa del error. A cada empleado se le pregunta que describa los problemas que evitan que realice el trabajo bien la primera vez escribiéndolos en una sola hoja. Es necesaria la retroalimentación rápida a los empleados para mantener el interés y la participación.
- Paso 12** Reconocimiento. Es necesario el reconocimiento con objeto de proporcionar refuerzo positivo para la eliminación de la causa del error.
- Paso 13** Consejos de calidad. Los profesionales de la calidad y los dirigentes de los grupos de la calidad provenientes de diferentes áreas deben formar un consejo de calidad.
- Paso 14** Hacerlo de nuevo. El programa normal toma de 1 año a 18 meses. En ese tiempo, mucho del conocimiento acerca del programa se pierde debido a rotaciones y situaciones cambiantes. Entonces, el programa debe empezar otra vez con el nombramiento de un nuevo grupo.

## Preguntas

---

¿Cómo realizarías un programa de mejora continua en una Unidad de Salud?  
Escoge un servicio de atención al usuario.

Enumera los diferentes Programas de Mejora Continua que pueden darse en un Hospital, relacionando con cada Centro de Producción o de Costos de una Unidad Médica.

¿Qué estrategia aplicarías para involucrar al personal del Hospital en un programa de mejora continua.

¿Cómo establecerías el concepto de garantía de calidad en un Hospital?

En un programa de Mercadotecnia para un Hospital, ¿utilizarías el concepto de calidad?. Enumera los puntos más importantes que tomarías en cuenta.

¿Cómo aplicarías un programa de “Control de Calidad” en una Unidad Médica?

## 5. LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL CONTROL TOTAL DE LA CALIDAD.

Los años recientes han visto el crecimiento de un nuevo tipo de mercado mundial sin precedente en volumen, variación y calidad. Es un mercado en el que las expectativas crecientes de los compradores -ya sean consumidores o corporaciones industriales- aunado con el cambiante papel del gobierno, han intensificado grandemente las demandas en la administración de los negocios, así las unidades hospitalarias son corporativos con diversos servicios penetrando hacia los usuarios con servicios integrales de salud.

La amplitud y complejidad de estas demandas abarcan un espectro completo de problemas gerenciales estructura de precio y reducción de costo, relaciones industriales y desarrollo organizativo, cambios tecnológicos y mecanización, o ventas y la introducción de nuevos servicios. Y todo esto se está llevando a cabo dentro de un marco en el que los negocios y el gobierno -no sólo a nivel federal, sino a niveles estatales y municipales- están moviéndose hacia un tipo de relación completamente nuevo, los servicios de salud están cambiando de verse en un plano netamente de gratuidad y bajos precios a un concepto de competencia y ofrecimiento de calidad.

Es más, en un proceso turbulento se implica redefinir los “estándares de vida” en términos aceptables para todos nosotros que jugamos el papel dual de consumidores y productores, los debates sobre contaminación, crecimiento económico, consumismo, energía, participación laboral y fabricación en equipo, están llevándonos a cambios tan grandes en nuestros conceptos que algunas personas han empezado a decir que estos cambios constituyen una segunda Revolución Industrial. Los conceptos han ido evolucionando en nuevas dimensiones principales tanto para productos y servicios como para los procesos de ingeniería y manufactura que los producirán, y con ello los servicios de salud debe de ser completos y de alta calidad.

Las soluciones efectivas de muchos problemas actuales no son ya un asunto de la administración tradicional y de la metodología de la ingeniería. Son, en vez de eso, el tema sustancial críticamente importante de la nueva administración e ingeniería, y sobre todo, de la combinación de avances médicos con el equipo nuevo y el “Team de Salud” como un grupo interdisciplinario enfocado a dar servicio con éxito, tales como:

- Administrar para asegurar la productividad total de los servicios de salud, en vez de únicamente la de médicos, enfermeras y en general los de contacto con el usuario del servicio.
- Administrar para hacer del hombre de negocios, del científico, del ingeniero, del médico y del profesional en salud una *suma* en lugar de una *diferencia*.

- Administrar para enfocar el consumo de productos en forma positiva en vez de negativamente, sobre todo en los centros de costos de apoyo a los que prestan el servicio directo al usuario del servicio.
- Administrar para confrontar la necesidad de la conservación de la energía y materiales, así como la reducción de desperdicios y mejor utilización de recursos.
- Administrar en términos internacionales en vez de hacerlo sólo como administraciones nacionales que buscan abarcar otros mercados, o en su caso olvidarse del burocratismo y ser una institución de salud eficiente y competitiva.

En ninguna parte es esta necesidad de mejora, tan claramente evidente como en el área de la calidad de los servicios médicos y de los productos. Esta es una situación en la que la industria está vitalmente involucrada, y una que clama por las nuevas tecnologías y sistemas de control total de la calidad.

### **5.1 La esencia del desempeño: Calidad y Eficiencia. Conceptos y Relaciones.**

La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de los alcanzables de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención, y a 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.

Es importante señalar que, de acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

En México, actualmente se escucha con frecuencia la expresión “calidad y calidez”. En estricto sentido, ambos términos se refieren a lo mismo. En efecto, “calidez” alude a una de las dos dimensiones que integran el concepto “calidad”: esto es, el aspecto interpersonal que, de manera muy efectiva y eufónica, ha sido enfatizada creando la impresión, por otra parte, de que “calidad” se refiere sólo a la dimensión técnica, aun cuando no sea así.

Al considerar la definición en que se incluyen tanto beneficios como riesgos, así como las dos dimensiones que la integran, técnica e interpersonal, es importante señalar la diferencia con la típica definición de calidad establecida en el ámbito de la producción de bienes o en otro tipo de organizaciones de servicio a objetos,

donde se refiere básicamente al grado de satisfacción del cliente o consumidor. En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede referirse solamente como “satisfacción del cliente”, aun cuando ésta constituya un elemento indispensable para su juicio. En otras palabras, “el paciente pudo haber vivido satisfecho hasta su último suspiro; sin embargo, no debió haber muerto”. Esta situación pone de manifiesto, además que la percepción de la calidad que tiene el prestador del servicio difiere de la del paciente. Para el primero, la dimensión técnica resalta; para el segundo, la interpersonal es la que más fácilmente se juzga.

Ahora bien, en cuanto a la eficiencia y su relación con la calidad es importante volver a los conceptos. De acuerdo con Scott, es conveniente distinguir entre productividad y eficiencia. La productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto. Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud, una medida de productividad estaría dada por la relación entre el número de consultas otorgadas por hora/médico, en tanto que la eficiencia se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no sólo por el tiempo que dedicara el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos utilizados, tiempo dedicado por la enfermera, etc.

La distinción radica en la unidad de medida utilizada para representar el concepto. Para la eficiencia la unidad de medida son, explícitamente, los costos; para la productividad son los insumos como tales. Ciertamente, los insumos podrían ser costeados, en cuyo caso la medida de productividad se convertiría en medida de eficiencia. Ambos conceptos se utilizan con frecuencia indistintamente, debido a que en los dos existe una relación entre costos y productos, en un caso explícita (eficiencia), y en el otro implícita (productividad). Aquí, eficiencia se utilizará como concepto pertinente al desempeño organizacional en relación con la calidad de la atención. Ello debido a que, como propone Donabedian en su “definición unificada” de calidad, existe una relación explícita entre costos y calidad y, por ende, entre eficiencia y calidad, como se verá a continuación.

En efecto, Frenk, Ruelas y Donabedian propusieron la existencia de tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia gerencial.

La eficiencia clínica se refiere concretamente a la producción de salud; se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable. A esta combinación se le denomina “estrategia de atención”. Así la estrategia más eficiente sería aquella que produjera el mayor grado de mejoría en la salud en relación con un costo determinado, o bien aquella que produjera un cierto nivel de salud con la utilización de recursos menos costosa.

La eficiencia clínica es un componente indiscutible de la calidad de la atención, en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles, dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.

El segundo tipo de eficiencia, denominado eficiencia de producción de servicios, se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicios, para que los especificados por una determinada estrategia de atención puedan lograrse al menor costo posible. Este es el significado más común cuando se emplea el concepto de eficiencia de los sistemas de salud. La relación con la calidad es nuevamente directa, en tanto que de ella depende también el balance entre beneficios y riesgos, aún cuando este tipo de eficiencia no sea un componente *per se* de la calidad, como lo es la eficiencia clínica.

Por último, la eficiencia gerencial produce políticas y servicios de soporte. Existe entonces también una relación entre este tipo de eficiencia y la calidad, aunque nuevamente ésta sea indirecta.

En conclusión, el concepto de eficiencia en los servicios de salud puede fraccionarse, para su análisis, en tres tipos de eficiencia, de entre los cuales la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en ésta.

Hasta ahora hemos establecido las relaciones de la eficiencia con la calidad. Veamos la situación inversa, es decir, la relación de la calidad con la eficiencia.

Para Deming esta relación es muy clara, ya que las estrategias para mejorar la calidad conducen hacia un decremento en los costos, debido a la disminución del número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez; la disminución de los retrasos de procesos y procedimientos; la mejor utilización de los recursos, etc. De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se han mencionado, necesariamente se tiende a un incremento en la eficiencia.

En la bibliografía relativa al ramo industrial pueden encontrarse numerosos casos, documentados en que las estrategias para mejorar la calidad han significado ahorros importantes en los procesos de producción. En las organizaciones de servicios de salud no abundan los éxitos documentados con rigor. No obstante, podemos pensar que una vez desarrollado este campo, podrán encontrarse resultados similares, tal vez no iguales, debido a la particular naturaleza de este tipo de organizaciones. Existe, por consiguiente, una aparente relación recíproca entre calidad y eficiencia. La eficiencia influye en la calidad y ésta, a su vez, en la eficiencia. Por ello, ambas constituyen pilares inseparables del desempeño organizacional.

Sin embargo, el punto medular de la discusión podría ser, no las relaciones existentes entre los conceptos, sino el énfasis en las estrategias que deben adoptarse para mejorar ambas. En apariencia y durante mucho tiempo, el énfasis se puso casi de manera exclusiva en la eficiencia, como si con ello incrementara, en consecuencia, el nivel de calidad. El resultado obviamente no fue el esperado pues, si bien la eficiencia mejoró, en muchos casos se constató un deterioro en la calidad.

¿Cómo explicar que, a pesar de existir una relación donde a las mejoras en la eficiencia de producción corresponde una mejoría en la calidad, estos no siempre suceda?

La respuesta puede estar en la secuencia de las prioridades. Es decir, cuando la prioridad es el incremento de la eficiencia *per se*, y se pierde de vista que el objetivo de los servicios de salud es no sólo dar más, sino mejor, la eficiencia se convierte en un fin en sí misma, por demás irracional, dando lugar al lógico deterioro en la calidad. Cuando la prioridad es garantizar la calidad, y se analizan y mejoran procesos y procedimientos, ello debe conducir al incremento racional de la eficiencia del sistema.

Varios autores han puesto de manifiesto estas relaciones recíprocas; en un caso se demostró que los hospitales más eficientes mostraron mejor calidad; en otro los autores señalan que los resultados que obtuvieron “sugieren que una calidad pobre y una utilización de servicios menos eficiente van de la mano”.

Tal vez en ambos casos subyace la eficiencia gerencia como factor determinante de una relación favorable entre calidad y eficiencia, cuando se trata de la organización en su conjunto.

Parece ahora más ético y razonable buscar incrementos en la eficiencia, siempre y cuando éstos se consideren parte de una estrategia global de garantía de la calidad. La experiencia ha demostrado que la búsqueda a ultranza de la eficiencia en los servicios de salud, a pesar de que puede disminuir los costos, deteriora la calidad. Una búsqueda desmesurada y descontextualizada de eficiencia podría conducir, como se mencionó anteriormente, a la iatrogenia sin desperdicios.

## **5.2 ¿Cuál es el nuevo impacto de la calidad?**

Hoy, nuestras agendas y vida cotidiana dependen totalmente de la ejecución y operación satisfactoria de productos y servicios -ya sea una red eléctrica metropolitana, un centro farmacéutico en una unidad de cuidados intensivos, una lavadora de ropa automática para una familia joven que crece, o el automóvil que se usará como autobús familiar 14 horas al día-.



Esta situación sin alternativa -o “redundancia cero”, en términos más técnicos-, es básicamente algo nuevo para la sociedad, y ha aumentado explosivamente la demanda del cliente de mayor durabilidad y confiabilidad en productos y servicios.

Mientras los compradores de hoy continúan comprando con gran atención en el precio, a diferencia de los compradores de hace sólo unos cuantos años, ponen un énfasis cada vez mayor en la calidad, esperando productos aceptables a *cualquier* nivel de precio. Es la calidad tanto como el precio lo que vende hoy, y la calidad lo que atrae de regreso a los clientes por una segunda, tercera o decimoquinta vez, esto sucede con mayor énfasis en los servicios médicos donde la confianza es vital.

En realidad, los logros sobresalientes de calidad en la salud al satisfacer estos requisitos durante las décadas pasadas son historia conocida. El principal reto que ha surgido de servicios más complejos para el usuario, con mayores funciones está siendo enfrentado con eficiencia creciente desde el campo de los aparatos altamente sofisticados y equipamiento que transmiten y apoyan eficientemente el servicio médico hasta las fibras “milagrosas”. El alto grado de confiabilidad requerido para los sistemas de equipo complejo, desde los transportes a larga distancia hasta la capacitación para su uso, ha logrado enormes adelantos. Si bien es cierto que queda mucho por hacerse, el aspecto de resultados del cuadro de calidad muestra alguna mejoría.

Sin embargo, menos mejoras quedan al descubierto cuando se examina el esfuerzo tras bambalinas para asegurar estos estándares de alta calidad. Por cada peso gastado en planeación de ingeniería, producción y servicio al usuario, un gran número de industrias de hoy están perdiendo muchos centavos adicionales debido a métodos de baja calidad durante la prestación del servicio.

En la industria los costos de calidad y seguridad forman una parte cada vez más importante del Producto Nacional Bruto (PNB). La carga del gasto recae fuertemente sobre el fabricante en forma de costos de calidad que puede ascender del 7 al 10% -y aún más- de las ventas totales facturadas. También influye mucho en el comprador, cuyos costos de operación y mantenimiento pueden ser comparables con el precio original de compra, así como para el comerciante, cuya tasa de rendimiento del producto puede igualar o superar el margen de utilidades.

La calidad y seguridad de los servicios médicos han, por tanto, llegado a ser de importancia primordial para el gobierno y una fuerza política que se debe reconocer.

Mientras el tema de la calidad inunda los tribunales en la forma de una creciente avalancha de demandas de estricta responsabilidad por el servicio, está modificando 2000 años de la ley de “precaución contra el consumidor” para convertirla en fallos de los tribunales “en contra del prestador de servicio”. Y el incremento del interés público respecto a la calidad ha sido tan notorio que está cambiando patrones económicos, legales y políticos que han prevalecido durante largo tiempo. De esta manera tenemos ahora la Comisión de Arbitraje Médico.

El logro y conservación de grados aceptables para el cliente en la calidad de productos y servicios, es hoy un determinante fundamental para la salud, crecimiento y viabilidad económica del negocio de la prestación de servicios médicos. De la misma manera, la calidad se está convirtiendo en un factor principal en el desarrollo e implementación exitosa de los programas médicos y de ingeniería para la realización de las metas principales en el negocio. Además, hoy en día, el control de calidad -los objetivos gerenciales, herramientas, técnicas- debe estar completo y eficazmente estructurado para satisfacer las demandas de esta nueva estructura de mercados y de negocios.

### **5.3 ¿Qué es control total de la calidad y cuál es su propósito?**

La meta de la industria competitiva respecto a la calidad del producto, se puede exponer claramente: suministrar un producto o servicio en el cual su calidad haya sido diseñada, producida y sostenida a un costo económico y que satisfaga por entero al consumidor.

Cuando utilizamos la frase “control total de la calidad” nos referimos al sistema integral que abarca a toda la institución, en tanto que entidad que persigue esta meta. O bien, elaborando una definición:

“El control total de la calidad es un sistema efectivo de los esfuerzos de varios grupos de una institución para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad con el fin de hacer posibles mercadotecnia, ingeniería, apoyos y servicio, a satisfacción total del usuario de los servicios y al costo más económico”.

Su amplitud y esenciabilidad para el logro de los resultados del negocio hacen del control total de la calidad un nuevo e importante aspecto de la administración. Como un foco del liderazgo administrativo y técnico, el control total de la calidad ha producido mejoras importantes en la calidad y confiabilidad de los servicios para muchas instituciones de todo el mundo.

Además, el control total de la calidad ha logrado reducciones importantes y progresivas en los costos de calidad.

Por medio del control total de la calidad, las gerencias de las compañías han sido capaces de aprovechar la fuerza y confianza de la calidad de sus productos y servicios, lo que les permite adelantarse en el volumen de mercado y ampliar la mezcla de productos con un alto grado de aceptabilidad del cliente y estabilidad en utilidades y crecimiento.

El control total de la calidad constituye las bases fundamentales de la motivación positiva por la calidad en todos los empleados y representantes de la unidad médica, desde el director hasta trabajadores de intendencia, enfermería, dietistas y el personal eminentemente médico-asistencial. Y una capacidad poderosa del control total de la calidad es una de las fuerzas principales para lograr una productividad total muy mejorada.

Las relaciones humanas eficientes son básicas en el control de la calidad. Un resultado importante de esta actividad es su efecto positivo en el trabajador de salud al crearle responsabilidad e interés en producir calidad. En último análisis es como un par de manos humanas que efectúan operaciones importantes que se reflejan en la calidad de la salud. Es de la mayor importancia para lograr éxito en el trabajo de control de calidad, que estas manos se encuentren guiadas en forma experta y consciente y enfocada hacia la calidad.

Además, los conocimientos tecnológicos sólidos son básicos, muchos de los cuales ya están en uso. Quedan incluidos aquí sistemas para la especificación de tolerancias en términos claros para el usuario, métodos rápidos para la evaluación de componentes y sistemas de confiabilidad; clasificación de características de la calidad, métodos de clasificación de proveedores, técnicas en las inspecciones por muestreo, técnicas en los controles de proceso, el diseño de equipo para mediciones en el control de la calidad; sistemas de calibración, establecimiento de normas (estándares), evaluación de la calidad de un proceso médico quirúrgico y clasificaciones promedio, así como la aplicación de técnicas estadísticas en experimentos diseñados por medio de gráficas de X y de R, y muchas más.

Es de interés hacer notar que estos métodos se han utilizado por separado durante muchos años como una definición del control de calidad. Tanto por escrito como de palabra se encuentra uno con que el control de calidad se define como cierta forma de estudio de casos, como una parte de la estadística médica, como trabajo relativo a la confiabilidad o como un mero acto de inspección o prueba. Estas diversas definiciones describen únicamente partes o métodos individuales de un programa completo del control de la calidad. Y pueden, todas ellas, haber contribuido a la confusión a la cual este término se asocia algunas veces dentro de la salud.

Los términos “control de calidad” y “aseguramiento de la calidad” han llegado a tener diferentes significados en diversas empresas -cada término significa diferentes aspectos de la actividad de la satisfacción del cliente con la calidad-. Los programas de control total de la calidad incluyen e integran las acciones implicadas en el trabajo cubierto por ambos términos.

#### **5.4 El significado de “calidad”.**

La calidad la determina el usuario del servicio, no el médico tratante o el encargado de relaciones públicas o los responsables de apoyo al tratamiento ni mercadotecnia ni la dirección general. Está basada en la experiencia real del usuario con el servicio, medida contra sus *requisitos* -definidos o tácitos, conscientes o sólo percibidas, ya sea en su estado de salud o en sus perspectivas de vida o por completo subjetivos- y siempre representa un objetivo móvil que lo demuestra en su entorno y es lo que le da la el crédito a una institución de servicios de salud..

La calidad del servicio puede definirse como:

“La resultante total de las características del servicio en cuanto a la atención recibida, a los procedimientos utilizados para su recuperación, y a todos los servicios médicos asistenciales que participaron en los eventos clínico-médicos por medio de las cuales el servicio satisfará la expectativas del usuario”

El propósito de la mayor parte de las medidas de calidad es determinar y evaluar el *grado o nivel* al que el servicio se acerca a su resultante total.

Algunos otros términos, como confiabilidad, facilidad y oportunidad para darle servicio , en algunas ocasiones se han tomado como definiciones de la calidad del servicio. Estos términos son, en realidad *características* individuales, que en su conjunto constituyen la calidad del servicio.

Es importante reconocer este hecho, porque el requisito clave para establecer lo que se entenderá por “calidad”, exige un equilibrio tanto económico como de satisfacción del servicio que se preste incluyendo todos los elementos que se han mencionado. entre estas características individuales. Existen procedimiento médico quirúrgicos que originalmente eran sumamente molestos y al cabo de avances tecnológicos y nuevas practicas para abordar el problema han hecho que los servicios médicos tengan una nueva perspectiva ya que el ciclo del comportamiento de un padecimiento tiene factores diferentes que tomar en cuenta para poder calificar su calidad

Un papel crucial de calidad para la Dirección es reconocer esta evolución en la definición de calidad del usuario del servicio en las diferentes etapas en el tratamiento de su enfermedad. Es importante considerar que si se quiere comparar con otro Hospital pudiera ser demasiado tarde ya que siempre existirá un mejor procedimiento o un nuevo equipo para alcanzar un mayor grado de calidad. Por eso se sugiere tratar de concebir los parámetros con un estándar propio sin olvidar lo deficiente o lo mejor de nuestra práctica.

Un factor importante en la calidad moderna es que este ciclo de madurez de muchos productos se ha vuelto rápido, particularmente como resultado del paso acrecentado de nuevas tecnologías en algunas áreas, así como el aumento en las exigencias de los usuarios y las presiones competitivas.

### **5.5 El significado de “calidad” - Orientación a la satisfacción del usuario.**

Una posible y clara definición de todos los requisitos del usuario del servicio es el primer punto basal fundamental para el control de calidad efectivo. Cuando esto no se ha llevado a cabo, puede crear un problema inherente que ninguna de las actividades subsecuentes de control puede resolver.

Ha habido en algunas industrias la tendencia a considerar ciertos requisitos de calidad básicos del cliente como algo “extra”, mientras los clientes suponen que son parte de *cualquier* producto que compran. Esto crea la situación donde, por ejemplo, el vendedor ofrece una unidad de aire acondicionado para el hogar en un cierto precio y después justifica este precio diciendo que es un producto que en verdad enfría y que, por ser también silencioso, cuesta más. Pero ningún cliente escoge conscientemente un producto para refrescar su hogar que no enfríe o que lo mantenga despierto de noche. En una Unidad de Salud, el usuario asiste a obtener salud y el proceso de recuperación y tratamiento debe de estar acorde al procedimiento, es decir, la razonabilidad de los actos médicos son básicos para calificar de adecuado la “calidad de los servicios”.

En la frase “control de calidad”, la palabra calidad no tiene el significado popular, de “mejor” en sentido abstracto. Industrialmente quiere decir “mejor dentro de ciertas condiciones del consumidor”; ya sea que el producto sea tangible (un automóvil, un refrigerador, un horno de microondas) o intangible (programas de rutas de autobús, servicio de restaurante y hospital). En este último caso lo intangible se “siente” es una apreciación de “vida”.

Dentro de estas condiciones son importantes, 1) la calidad de vida y 2) el costo del servicio. A su vez, estas dos condicionantes se reflejan en otras diez condiciones adicionales de producto y servicio:

1. La especificación de la que se sujeta el usuario del Servicio Médico.
2. Los objetivos de confiabilidad y duración (“vida”).
3. Los requisitos de seguridad (cuidados para la vida normal).
4. Las normas aplicables (reglas de comportamiento).
5. Los costos de recuperación y calidad de vida.
6. Las condiciones de servicio bajo las que se atendió al paciente.
7. Consideraciones ambientales y otras consideraciones por “efectos secundarios”.
8. Los costos de operación, uso y servicio que el usuario hace para sostener la salud.

### **5.6 El significado de “control”.**

Control en la terminología se puede definir como:

“Un proceso para delegar responsabilidad y autoridad para la actividad administrativa mientras se retienen los medios para asegurar resultados satisfactorios”.

El procedimiento para alcanzar la meta industrial o de servicio de calidad se denomina, por tanto, “control” de calidad, de la misma manera que los procedimientos para alcanzar la producción y objetivos de costos se llaman, respectivamente, “control” de producción y “control” de costos. Normalmente hay cuatro pasos para este control:

1. *Establecimiento de estándares.* Determinación de estándares requeridos para los costos de la calidad, el funcionamiento, la seguridad y la confiabilidad del servicio.
2. *Evaluación del cumplimiento.* Comparación del cumplimiento entre el servicio médico o el servicio ofrecido y los estándares.
3. *Ejercer acción cuando sea necesario.* Corrección de los problemas y sus causas en toda la gama de los factores de salud hasta la satisfacción del usuario.
4. *Hacer planes para mejoramiento.* Desarrollar un esfuerzo continuo para mejorar los estándares de los costos, del comportamiento hacia el usuario y de la confiabilidad del servicio.

El control eficaz es hoy un requisito central para la administración exitosa. Cuando este control ha fallado, ha sido causa principal de aumentos en los costos y reducción en los ingresos y su fracaso ha sido también un contribuyente principal para los acontecimientos relacionados con confiabilidad, seguridad y posibles reclamaciones por mal servicio que han añadido nuevas dimensiones a los problemas de la Dirección de una unidad de Servicios de Salud.

Como se mencionó, el ritmo de la tecnología está aumentando cada vez más rápidamente para muchos productos y servicio. Esto ocasiona una demanda igualmente en aumento, para la integración práctica y económica de esta nueva tecnología en las prácticas operacionales de una institución.

En tan importante estudio de planeación, se formuló la conclusión de esta manera: “Los cambios importantes dentro de la próxima década estarán en la estructuración de las actividades operacionales (para el control), así como en los nuevos adelantos en las mismas tecnologías operacionales”.

Este retorno al control como énfasis central para la administración es un factor principal de equilibrio para las actitudes hasta fechas recientes, con su fuerte orientación hacia el crecimiento en ingresos y servicios. Sin embargo, para el ámbito de calidad, es una reafirmación de principios básicos. Estos principios son los de control en el sentido positivo y autónomo de establecer estándares orientados preventivamente al control; valuación del desempeño y logro de resultados contra estos estándares; para luego asegurar las acciones necesarias de ajuste en todo el ciclo de la atención médica.

### **5.7 ¿Cuál es el alcance del control total de la calidad?**

El fundamento de este concepto de calidad total y su diferencia básica en relación con otros conceptos, es que para proporcionar una efectividad genuina, el control debe iniciarse con la determinación de los requisitos de calidad que exige el usuario y terminar hasta que el servicio ha sido satisfecho. El control total de la calidad guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información para lograr este objetivo.

La razón de lo anterior es que la calidad de todo servicio tiene el efecto de muchos de los pasos del ciclo.

1. La mercadotecnia evalúa el grado de calidad que desea el usuario y por el cual está dispuesto a pagar.
2. La técnica médica traduce la evaluación de mercadotecnia a especificaciones exactas.

#### **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

3. La Administración escoge, contrata y retiene a los proveedores de piezas, materiales y servicios.
4. La ingeniería biomédica selecciona matrices, herramientas y procesos de servicio.
5. La supervisión del servicio y el personal del hospital ejercen una influencia decisiva durante la atención de los servicios intermedios y finales.
6. La inspección y supervisión médica comprueban el cumplimiento con las expectativas del usuario.



## Preguntas

---

¿Cómo calificarías la calidad de los servicios de salud, relacionando directamente al usuario del servicio?

¿Qué análisis realizarías para obtener el control total de calidad en una institución de salud?

¿Qué estándares aplicarías en una institución de salud?. Escoge un servicio final y proporciona un ejemplo con datos los más reales que se puedan.

¿Cómo establecerías un programa de monitoreo de los servicios más importantes en una institución de salud?

¿Cómo ligas el costo-efectividad en una institución de salud?. Elabora una tabla por servicios con datos que se relacionen entre sí.

¿Qué indicadores de calidad propones en una institución de salud?. Mostrar el indicador y explicar cómo se conforma, qué quiere decir y cuál es el estándar.

## **6. LOS COSTOS DE MALA CALIDAD.**

La base fundamental de las instituciones para tener liderazgo competitivo, es el hecho de que todos los empleados ya sea médico, auxiliar administrativo, etc., estén convencidos y tomen acciones, para que la buena calidad este tomada de la mano de un buen costo. Esto proporciona a las instituciones un gran poder para tener éxito en los mercados actuales, en donde el modo de producir los servicios es hacerlos cada vez más rápidos y más baratos, el volver a la vida activa a un paciente es un objetivo preciso y cuantitativo.

Uno de los mitos en la cultura del negocio es la creencia de que la mejor calidad exige un costo mayor, y que de alguna manera es más difícil los servicios que se prestan. Los hechos han demostrado repetidamente el principio básico de que la buena calidad significa buena utilización de recursos -equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo- y por consiguiente supone costos más bajos y productividad más elevada.

Actualmente los directivos de instituciones de salud se han dado cuenta de que en los mercados internacionales los servicios de calidad proporcionan un rendimiento de la inversión mayor e incrementan la participación de la institución en el mercado. En consecuencia, han prestado mucha atención en mejorar la calidad los servicios que prestan todos los trabajadores de salud. Esta mayor atención ha revelado tres verdades:

1. No es más caro suministrar productos y servicios de alta calidad. En realidad, en muchos casos, es más barato.
2. Cuando se resuelven los problemas de calidad, se reducen grandemente los problemas de costo y tiempo.
3. La unidad de medida de toda la empresa es el dinero, término que todo directivo médico y no médico comprende y que puede utilizar eficientemente.

### **6.1 ¿Qué es el costo de la mala calidad?**

La mala calidad le cuesta dinero a la institución, la buena calidad le ahorra dinero. Muchas instituciones de salud no miden el costo de la mala calidad, y si no se mide no se puede controlar. Es importante diferenciar el costo cuando no se tiene calidad y el costo de la calidad.

Calidad de clase mundial quiere decir proporcionar servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios a un costo que representa el valor para el usuario. No es necesario producir servicios que excedan en mucho las expectativas de los usuarios, pero siempre es necesario satisfacer completamente esas expectativas.

La calidad no es el costo de dar un servicio, es el valor que recibe el usuario en salud y bienestar.

Se necesita disponer de un sistema que defina la diferencia entre lujo y la adecuación de uso, entre el despilfarro y el comportamiento óptimo. Forma parte de este sistema, la cuantificación de lo que la institución gasta, porque todas las cosas, personas y materiales no son perfectos.

Un sistema informativo de los costo de mala calidad es una herramienta necesaria del sistema de calidad de la institución, en el sentido de que dirige la atención de la dirección y mide el éxito de los esfuerzos de la institución para proporcionar salud eficiente.

En una institución utópica los costos de la mala calidad son cero. El equipo de salud siempre realiza correctamente su trabajo, por lo tanto, no hace falta comprobar nada. Nunca hay un defecto en los suministros, y los equipos siempre funcionan correctamente, y sobre todo el diagnóstico y tratamiento siempre son acertados.

Pero en cualquier institución, las cosas son diferentes, las personas cometen errores, el equipo no funciona bien, las piezas se descomponen. En consecuencia, se necesita verificadores, inspectores, supervisores y departamentos de orientación y quejas.

La diferencia entre los servicios y las quejas y reinternamientos en la institución utópica y la institución real ilustra la definición del costo de la mala calidad.

El Costo de la Mala Calidad se define como:

*El costo incurrido para ayudar al trabajador de salud a que haga bien el trabajo todas las veces y el costo para determinar si los servicios son aceptables, más cualquier costo en que incurre la institución y el usuario porque los servicios no cumplen las especificaciones y/o las expectativas del usuario.*

Los elementos de los costos de la mala calidad son:

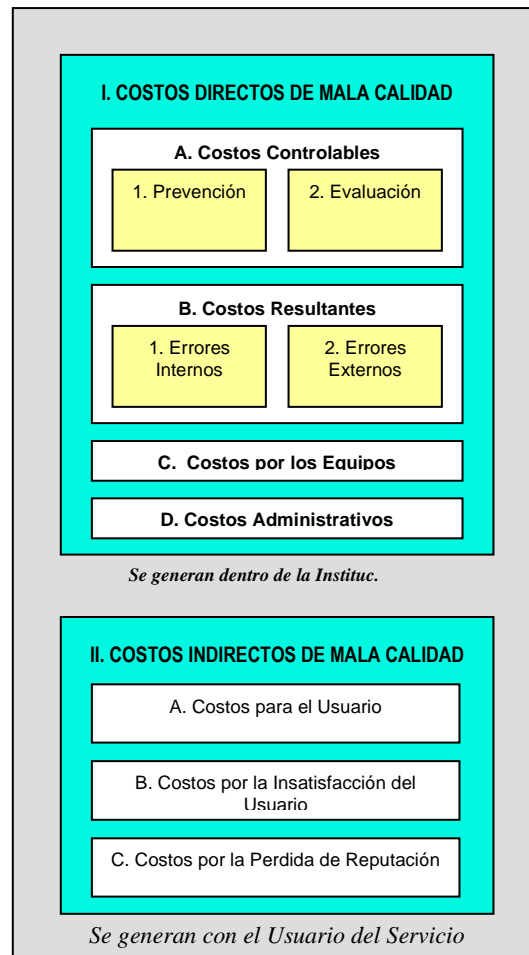
**Costos directos de mala calidad:**

- A. Costos controlables de la mala calidad.
  - 1. Costos de prevención.
  - 2. Costos de evaluación.
  
- B. Costos resultantes de mala calidad.
  - 1. Costos de los errores internos.
  - 2. Costos de los errores externos.
  
- C. Costos de los equipos.
  
- D. Costos administrativos.

**II. Costos indirectos de mala calidad:**

- A. Costos para el usuario.
  
- B. Costos por la insatisfacción del usuario.
  
- C. Costos por la pérdida de reputación.

En la siguiente figura se pueden apreciar los CMC que se generan dentro de la institución y los costos que se generan cuando el servicio prestado se encuentra con el usuario.



### Elementos de los Costos de la Mala Calidad

#### 6.2 En dónde usar el CMC.

Tradicionalmente el Costo de la Mala Calidad (CMC) se utiliza principalmente para medir los costos de servicio. Pero hay que darse cuenta que en todos los departamentos tanto en los servicios de producción finales como en la administración o de apoyo se cometen errores.

Se tienen estudios que el costo de la mala calidad de las áreas administrativas y de apoyo a la atención médica es del 20 al 35% de los gastos totales de estos departamentos. La mayoría de las instituciones aceptan como normales el costo de los errores administrativos y de apoyo, y sus consiguientes controles y estadísticas. La medición del costo de la mala calidad en las áreas administrativas, fija la atención de la dirección en estas pérdidas pasadas por alto, sobre todo en auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

También se aplica la medición del costo de mala calidad al impacto que los errores tienen sobre el usuario. Con frecuencia, el costo para el usuario cuando hay un error puede superar con mucho el costo de la reparación del servicio mal prestado, y que no decir hasta la vida del propio usuario.

### **6.3 ¿Por qué usar el CMC?**

El costo de la mala calidad proporciona una herramienta muy útil para cambiar la forma en que la dirección y los equipos de salud piensan sobre los errores. El CMC ayuda a:

#### **1. Llamar la atención de la dirección y a los responsables del servicio.**

Al hablar a los directivos en términos de dinero les proporciona información tangible. Saca a la calidad de lo abstracto y lo convierte en una realidad

#### **2. Cambiar la forma en que el trabajador de salud piensa sobre los errores.**

Los empleados comprenden los costos que se generan por los errores que cometen.

#### **3. Proporcionar un mejor rendimiento a los recursos asignados para resolver el problema.**

Ayuda a identificar oportunidades de mejora, a dar prioridades a esa oportunidades, establecer los objetivos y medir los progresos realizados.

#### **4. Proporcionar un medio para medir el verdadero impacto de las acciones correctoras y los cambios realizados para mejorar el proceso.**

Centrándose en el costo de la mala calidad del proceso total, se puede optimizar el proceso, el comprender como un todo el proceso integral de la atención médica.

#### **5. Proporciona un método sencillo y comprensible para medir el efecto que la mala calidad tiene sobre la institución.**

El tener un indicador de dinero, ayuda a dirigir las acciones correctoras y de mejora a donde se vayan a obtener un mejor rendimiento. Debemos de comprender que en instituciones de salud un usuario satisfecho se eleva exponencialmente su opinión en beneficio de la institución.

### **6.4 Limitaciones del CMC.**

El costo de la mala calidad no puede por si mismo resolver los problemas de calidad u optimizar el sistema de calidad. Es tan solo una herramienta que ayuda a que los directivos comprendan la magnitud del problema de la calidad, determina con precisión las oportunidades para mejorar y mide los progresos que se están realizando con las actividades de mejora.

El sistema de CMC tiene que ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que reduzca los errores que se están cometiendo tanto en las áreas administrativas como en las de producción y prestación del servicio.

## **7. Sistema de Costos de la Mala Calidad.**

### **7.1 Ventajas de un Sistema de Costos de Mala Calidad.**

Un sistema de costos de la mala calidad tiene que ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que utilice los datos del CMC para dirigir los esfuerzos y medir los progresos realizados, los cual tiene las siguientes ventajas:

#### **Proporciona una entidad manejable.**

Hace cambiar a la calidad de ser un término abstracto a una entidad manejable. Poniendo a la calidad en una unidad tangible (dinero) hace que la dirección sopesa la magnitud de los problemas de la calidad y les dé la prioridad correcta.

El CMC proporciona a la dirección una visión de lo que la falta de calidad le cuesta a la institución. La primera reacción será de sorpresa, luego de incredulidad y posteriormente de darse cuenta de que por primera vez se les ha suministrado una herramienta que les permite gestionar adecuadamente un elemento que tiene un gran impacto sobre la rentabilidad y ahorro presupuestal de la institución.

#### **Proporciona una visión única de la calidad.**

Permite que la situación de la calidad total de la institución de salud se resuma y vea en función de un término común. Cuando los muchos y variados informes, terminologías y entradas se reúnen en función del dinero, se pueden acumular, agrupar y resumir para obtener un cuadro comprensivo del costo de la mala calidad de la institución, esto es importante porque habrá que definir en cada servicio del Hospital (consulta, lavandería, alimentación, quirófano, etc.), cómo están haciendo las cosas y dónde se están haciendo mal, y lo que esto ocasiona.

#### **Proporciona un medio para medir los cambios.**

Proporciona la manera de encontrar el punto óptimo operativo provisional del sistema de calidad. Cuando la dirección tiene muchas solicitudes de presupuesto de sus áreas, el CMC proporciona la información necesaria para saber a donde invertir los recursos de que dispone que aquí puede ser en capacitación, mejoras de equipo, etc.

El sistema del CMC proporciona la manera de medir el rendimiento de las inversiones en la calidad y ajustar las mismas para satisfacer las actuales necesidades cambiantes, sobre todo en servicios donde se detecte que estaba haciendo mal su trabajo.

**Proporciona un sistema de prioridades para los problemas.**

Ayuda a las a dar prioridades a las actividades correctivas. Los problemas más visibles o incluso los que ocurren con más frecuencia, no siempre son los que cuya solución proporcionen mayores beneficios.

**Alinea la calidad con los objetivos de la institución.**

Asegura que los objetivos de calidad estén alineados con los fines y objetivos de la institución. Con frecuencia, algunos directivos impulsan objetivos por interés propio, olvidándose de la verdadera razón por lo que la institución está en el negocio: *dar servicios con beneficios y a un costo razonable.*

Un servicio de calidad es el que el usuario recibe y se siente cuando lo necesita y que tiene un costo a un nivel que representa valor para el usuario.

Un servicio de calidad tiene que mantener estos requisitos y, si lo hace, tendrá un impacto importante sobre el incremento de los beneficios y prestigio que tanto necesitan las instituciones de salud y de la participación de la misma en el mercado de salud.

**Distribuye correctamente el presupuesto para obtener los máximos beneficios.**

La mayoría de las instituciones gastan demasiado dinero en la evaluación, descuidando el de prevención.

En algún punto hay que dejar de enseñar a la gente y ponerla a trabajar para producir buen servicio. El sistema del CMC proporciona la manera de evaluar la eficacia con que se utiliza este dinero crítico.

**Introduce la calidad en la sala de juntas.**

Contribuye a la comunicación eficaz entre la coordinación de calidad y la alta dirección, ya que el dinero es el lenguaje común para todos los trabajadores de salud.



### **Mejora el uso eficaz de los recursos.**

Como el CMC transforma los problemas de calidad en oportunidades para ahorrar dinero, los departamentos operativos de la institución tienen una herramienta eficaz para poner de relieve los problemas que proporcionen el mayor rendimiento a la institución, sobre todo se traduce en ahorros.

Combinando los datos del CMC con el análisis de un diagrama de Pareto se obtiene una guía para dar prioridades a las acciones correctivas, informando en dónde, cuándo y cuánto invertir.

### **Incrementa los beneficios de la institución de salud.**

La reducción del CMC es una de las mejores maneras de incrementar los beneficios de la institución de salud, ya que cada peso del CMC que se gasta sale directamente del presupuesto de la institución y cada peso que se ahorra en el CMC ingresa directamente a la institución y puede ser gastado en mejoras sustanciales.

### **Aporta un nuevo énfasis para hacer bien el trabajo todas las veces.**

Cuando los empleados dejan de considerar la repetición de estudios como errores o defectos y comienzan a verlos como dinero, las cosas comienzan a cambiar.

Los jefes de departamento son los responsables de hacer que surja este cambio en la forma de pensar. Esto se puede conseguir revisando con los empleados el informe sobre el CMC del departamento. Es muy importante conseguir que los empleados piensen en el impacto financiero que tienen sus errores sobre el presupuesto de la institución, involucrarlos en cuánto cuesta el “volver a hacer las cosas”.

### **Ayuda a establecer nuevos procesos.**

Al tener una visión financiera de los procesos actuales, se puede diseñar nuevos procesos de manera que se eliminen las operaciones que tienen un costo elevado de evaluación y de corrección.

Con frecuencia, los datos del CMC se utilizan para justificar nuevos o más equipos de computo e instrumentos de medición para la inspección, mejorar la transportación o justificar nuevos equipos para los procesos. La única manera en que se pueden eliminar los errores es centrándose en el sistema, no en las personas. Las personas trabajan dentro de las limitaciones que le impone el sistema.

**Proporciona una medida de las mejoras realizadas.**

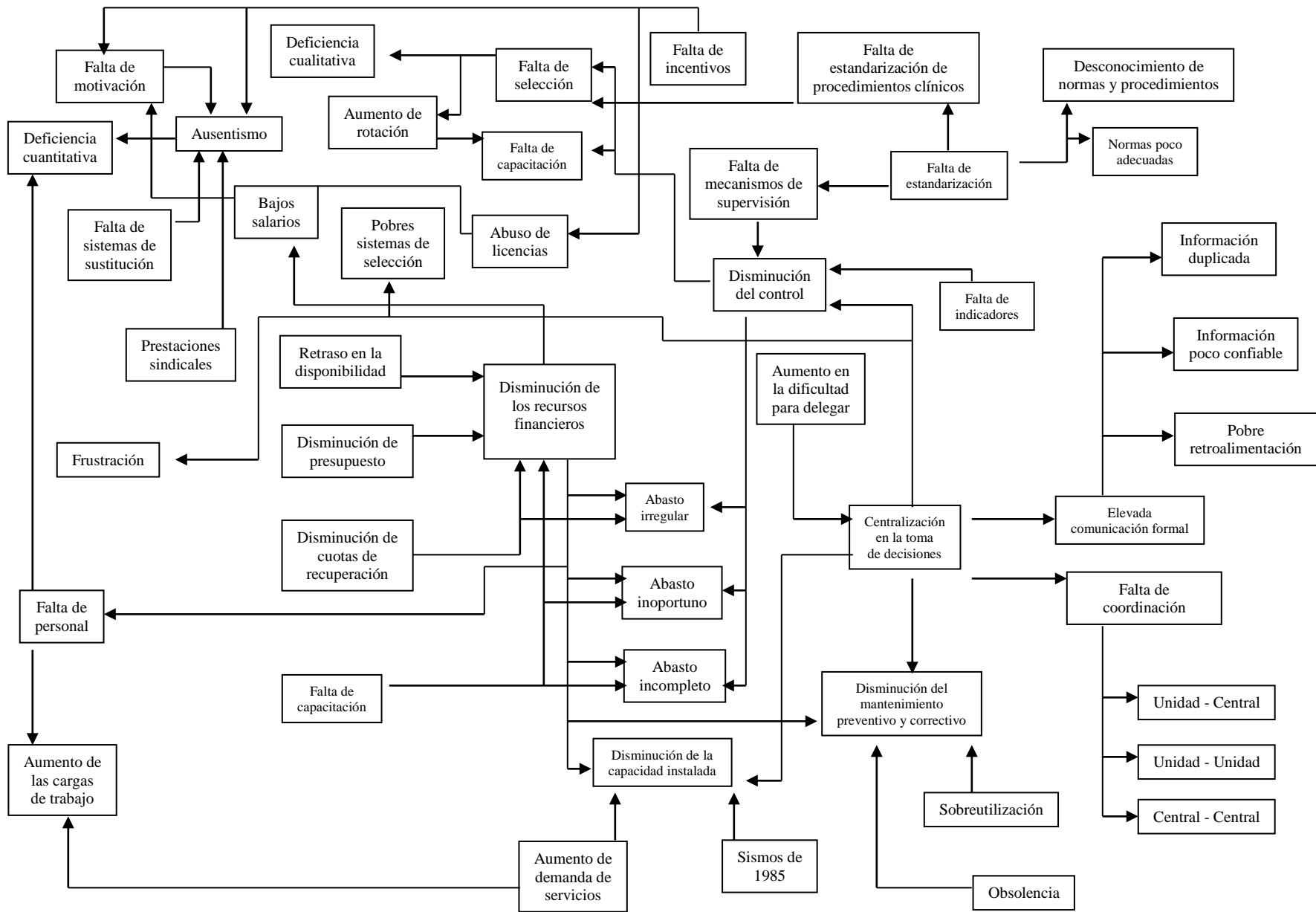
La reducción del porcentaje del CMC respecto al costo total del servicio, es la única medida que puede evaluar eficazmente las acciones y los procesos de mejora.

Para competir hoy, una institución de salud tiene que seguir mejorando sus servicios, tanto para sí misma como para sus usuarios.

A continuación se muestra un cuadro donde se señalan los elementos que influyen para acrecentar el costo de la mala calidad de los servicios médicos, tomado del libro "Economía y Salud", editado por la Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

**CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**Caracterización cualitativa de los problemas percibidos por los médicos directivos**



## Preguntas

---

Describe los elementos de Mala Calidad que inciden en un servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento (Rayos X, Laboratorio, etc.), ó escoge un servicio cualquiera en una unidad hospitalaria.

Clasifica estos elementos por orden de importancia en cuanto a su costo y anota su participación en cuanto a la calidad del servicio.

De los elementos que señalaste anota qué actividad habrá que realizar para establecer un programa de Mejora-Continua.

De las actividades que señalaste, anota responsable (puesto), método para mejorar ó en su caso actividades analíticas a realizar, unidad de medida para mejorar el desempeño (estudios realizados con éxito, opiniones, etc.).

Anotar en el mismo cuadro cifras aceptables (estándares).

Presenta el programa y justifica, beneficio, tiempos a realizarse y sobre todo enlazado a un programa permanente de calidad. Lo puede mostrar gráficamente.

El programa de Mejora-Continua debe llevar entre sus componentes la imagen y opinión del usuario, por lo que establece cuáles serían los elementos para poder estar siempre midiendo estos elementos. Incluirlos en el programa que se solicita.

## **Bibliografía**

---

- Salud para Todos: ¿Utopía o Realidad?. Jesús Kumate y Guillermo Soberón. El Colegio Nacional. México, 1989.
- Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. No. 8 Documentos para el análisis y la convergencia. Economía y Salud 1994. Fundación Mexicana para la Salud.
- La Calidad de Vida. Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (Compiladores). 1996. Fondo de Cultura Económica.
- Administración. James A. F. Stoner, R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert Jr., Pearson. Prentice Hall.