

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
SOCIOLOGIA

T. Socio
8
C. 1

HACIA UN MEJORAMIENTO INTEGRAL DE LA ATENCION DE SALUD,
"calidad y mejoramiento continuo"

Estudio realizado en el Hospital San
José de Melipilla.

Por
VICTOR HUGO ILLANES ESCANILLA

Tesis presentada a la escuela de Ciencias
Sociales de la Universidad de Humanismo
Cristiano, como requisito para optar al
Título de Sociólogo.

Profesor guía Domingo Marcotti Valdés

JULIO 1996
Santiago, CHILE

*A mi familia por su apoyo,
a Domingo por su paciencia y ...
a Carolina por su cariño.*

INDICE

INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES GENERALES	8
1) Historia de la Calidad	8
2) Antecedentes Históricos del Hospital San José de Melipilla	20
MARCO DE REFERENCIA TEORICO	28
OBJETIVO GENERAL	44
Objetivos Específicos	44
METODOLOGIA	45
• GRUPOS DE DISCUSION	51
• HERRAMIENTAS Y PASOS QUE SE UTILIZARON EN EL TRABAJO CON LOS GRUPOS	53
I.- Para decidir el problema que se tratará, se usó la técnica de Lluvia de Ideas, de la siguiente manera:	55
II.- Se elabora un esquema en el cual quedan a la vista toda las posibles causas del problema seleccionado. Para lo cual se usará la técnica o método de ISHICAWA.	56
III.- Una vez realizado este diagrama, se escogerá una ' causa "solucionable"	60
• DATOS RESPECTO EL LUGAR DONDE SE REALIZA LA EXPERIENCIA	63
• DATOS RESPECTO A LOS FUNCIONARIOS ASISTENTES Y LOS GRUPOS QUE SE CONFORMARON	63
• DATOS RECOLECTADOS Y ORDENADOS POR GRUPO	66
• ALGUNAS DEFINICIONES LOGRADAS EN EL TRABAJO CON LOS GRUPOS	112
REFLEXIONES FINALES	114
BIBLIOGRAFIA	116

INTRODUCCION

En la sociedad moderna, así como en la pre moderna y probablemente en la que nos preceda, el cambio es una característica común, entendido como una permanente evolución o desarrollo hacia formas mejores de vida, vale decir, con una tendencia permanente a elevar la Calidad de vida de las personas.

Podemos afirmar que en todos estos cambios o procesos modernizadores que ha sufrido la sociedad a través del modelo interpretativo que conocemos como modernidad, el concepto de Calidad ha estado históricamente presente con un rol importante. En este contexto, Calidad, y entendiéndolo como eficacia, eficiencia u oportunidad, ha estado asociado en distintos momentos a productos y servicios o procesos productivos, etc. Definiciones o acentos que nacen con distintas orientaciones e interpretaciones según estén adscritos a modelos de gestión aplicados, como por ejemplo el modelo Vertical con énfasis en el producto final, o el modelo horizontal cuyo énfasis está en el proceso que lleva hacia un producto determinado.

El proceso de modernización o cambio que vivimos, no es muy distinto a otros, vale decir, que incorporan nueva tecnología con tendencia al mejoramiento de los procesos. A diferencia de otros procesos existe un elemento distintivo que se incorpora en la definición de Calidad, y que se refiere a la calidad en el trabajo, calidad en la vida, calidad en los procesos, en la ciencia, en el hombre como un todo integral.

Y este nuevo elemento se concreta o se materializa a través del mejoramiento en la gestión, donde la participación de los trabajadores, de los actores sociales, del sujeto de la acción está presente. Lo que implica que este nuevo modelo se centra principalmente en las personas.

centra principalmente en las personas.

Es por ello que, Calidad, Calidad Total, Mejoramiento Continuo, Normas Interacionales ISO9000, etc., todas aristas de un mismo tema, aparecen como conceptos novedosos¹ y dentro del plan modernizador adquieren gran importancia. Sobre todo si a través de ellos somos capaces de incorporar la orientación antes señalada.

A la luz de estos elementos, y que están en el discurso del Gobierno acerca de la modernización del Estado y sus servicios públicos, es que nace la necesidad de realizar una investigación con el carácter de diagnóstico, que facilite o permita redefinir conceptos como: Calidad, Calidad total, etc., que estén asociados a las nuevas relaciones laborales, económicas y tecnológicas impulsadas por el gobierno y que se constituyen en el marco de la modernización. Esto mismo hace surgir la necesidad de llevar a conciencia tales definiciones para que sean incorporadas al trabajo diario, a la cotidianidad laboral.

El hecho que Calidad sea un tema con historia, se transforma en un elemento básico para la pretensión de redefinir(lo) y contextualizar(lo). Ello, pues el concepto de Calidad está, de una u otra forma, en la conciencia de la gente, de allí que la pretensión, a través de una investigación acción, de extraer y redefinir, implica reconocer una suerte de intervención, en el sentido que Dario Rodríguez le da cuando desarrolla la idea de investigación acción. (Diagnóstico Organizacional Edit Universidad Católica 1992).

A partir de lo anterior podemos afirmar que es

¹ Relativizamos su novedad, dado que, y como veremos más adelante, conceptos de calidad han existido desde tiempos inmemorables. Pero el desarrollo tecnológico, uno de los elementos de la modernidad, lo va a (re)definir en función de sus necesidades.

importante para esta investigación la participación de los sujetos: en este caso, los trabajadores de la Salud, participación en el sentido de ir abriendo un espacio desde el cual podemos dar un enfoque distinto a la investigación acción, como puede ser el del compromiso. A partir de este eje central: **el sujeto**, pretendemos manejar(nos) la investigación desde dos perspectivas o parámetros específicos y relacionados: la Calidad vista desde el discurso del trabajador o sujeto y su interpretación de la realidad; y Calidad vista dentro de la cadena o flujo de atención de la salud, lo que llamamos también Proceso.

Debemos tener presente que este enfoque, para abordar Calidad, en el ámbito de la Salud Chilena, es incipiente, pues las experiencias son pocas, por no decir casi ninguna. Esto nos ha hecho pensar en la necesidad de agregar una característica más a la investigación: que sea descriptiva cualitativa, estando orientada a recoger la percepción, concepción y compromiso del sujeto², en relación a **CALIDAD**, y el proceso generado en un Hospital específico, donde se desarrolla la experiencia.

La posibilidad de acercarnos a las opiniones de los trabajadores de la Salud, se transforma en uno de los objetivos básicos, es por ello que el intentar develar el discurso de los sujetos, se transforma en método y objeto de investigación³. Y por ello serán los discursos emitidos y no un marco teórico estricto los que facilitarán el aproximarnos a un conocimiento e interpretación de la realidad.

Este método se basa en determinar las connotaciones y

² Ibañez Jesús. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica. Siglo XXI 1979. pág 19. En este texto Ibañez resalta y rescata el discurso del individuo, y su interpretación de la realidad como punto de partida en el conocimiento de un fenómeno determinado.

³ Ibañez Jesús. Mas allá de la Sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Siglo XXI 1979. pag. 19

significados⁴ de los discursos reproducidos y operacionalizados y no la relación que éstos tengan con determinadas teorías al respecto. .

De esto se desprende un segundo elemento en los objetivos de la investigación, el sentido de escuchar(los) a los protagonistas de la investigación, basado en el interés por dejar que el trabajador de la salud interprete y evalúe su realidad laboral, con relación a Calidad. Estos elementos transforman a este trabajo en un serio esfuerzo por descubrir e incorporar calidad en la salud chilena, inmersos en un proceso modernizador, que es parte no sólo del discurso del gobierno, sino también del desarrollo propio y tangible de la sociedad. Tomando como eje articulador la participación de la gente y el llamado a jugar un rol activo en este proceso.

⁴ Se determina significado a la correspondencia entre la imagen de una cosa y la unidad lingüística que se utiliza para denotarla; y por connotación se entienden los significados paralelos, adyacentes o intencionales asignados por un grupo social a una palabra, en relación a experiencias colectivas que no necesariamente responden a la significación lingüística. Sapir Edward. El lenguaje, introducción al estudio del habla. F.C.E. México 1971.-

ANTECEDENTES GENERALES

1) Historia de la Calidad

En la historia de la calidad podemos encontrar a muchos y muy buenos exponentes, así por ejemplo, en el área industrial encontramos a ISHICAWA, en el área de Salud a H. Vouri, R. Snow, Lee, Jones, Palmer, etc., por nombrar algunos.

Todos los autores resultan relevantes a la hora del estudio de la Calidad, pero en función de nuestras necesidades, consideramos más oportuno resaltar el aporte de algunos de ellos. Y esto lo haremos en el contexto de dos momentos dentro del PARADIGMA interpretativo que vivimos, momentos que nos permiten entender el cambio que sufrió Calidad, en la que se pasa de la concepción de producto a la de proceso.

Dentro del desarrollo del paradigma conocido como modernidad, éste ha sufrido cambios, diríamos no sustanciales en cuanto su contenido, pero sí importantes en el enfoque⁵. Estos cambios se han visto reflejados en definiciones como: en un momento el fin era la **obtención de un producto o servicio**, pues lo importante era cumplir con los objetivos definidos, es decir, cumplir con la meta. Hoy este enfoque ha cambiado radicalmente, pues lo importante a pasado a ser el **proceso por el cual se obtiene un determinado producto o servicio**. Por ende, cuando se busca la Calidad del producto, por ejemplo, atención de un paciente, no se pone el acento en las características del servicio o producto en sí mismo, sino en el proceso por el cual se obtuvo.

⁵ J.C.A.H.C. Joint Commission on Accreditation of Hospitals Organizations. Transición desde la Garantía de la Calidad a Mejoramiento de la Calidad. 1992

Este organismo desde 1952 ha hecho esfuerzos de adaptación a los cambios en la definición de la Calidad. Cambios que se venían gestando sobre todo en el área empresarial e industrial.

El primer enfoque, responde a un modelo de producción vertical, básicamente caracterizado por un modo jerárquico del mando, donde se parcelan las funciones, atomizando al individuo, donde no importan las relaciones humano-laborales, y la comunicación sólo cumple la función de ordenar o dar instrucciones precisas respecto del objetivo final a alcanzar, no importa el cómo se obtiene el resultado sino el producto final. Con relación a Salud existen variados textos ya escritos, y la mayoría de estos estudios se han llevado a acabo en hospitales y casi todos ellos en países industrializados⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾. Gran parte de estos trabajos se han orientado específicamente a la atención de pacientes, y los datos versan sobre el diagnóstico, el tratamiento o el resultado, y no sobre el proceso integral por el cual se obtiene la salud del paciente.

Un ejemplo de estos trabajos es el de LEE y JONES⁸, donde establecen una inflexible declaración de normas profesionales, dando directrices para su evaluación.

Textualmente dice:

..."La orientación médica se debe dar bajo los siguientes criterios:

- a) La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina sustentada en las ciencias médicas.
- b) Enfatizar la prevención.
- c) Exigir una cooperación inteligente, entre el público en general y los profesionales de la medicina.
- d) Tratar al individuo como un todo.
- e) Mantener una relación personal cercana y continua entre médico y

⁶ Vouri H. Educación y Calidad en los Servicios de Salud: política de, Salud y Educación. (Pág 47 a 96) 1979

Katz F. M. y Snow R. Evaluación del Rendimiento de los Trabajadores de la Salud: Manual de Supervisión y Formación. GINEBRA, Organización Mundial de la Salud, 1980. (Cuaderno número 72)

Lee y Jones. "Los fundamentos de la buena atención médica". 1933.

paciente.

- f) Funcionar en coordinación con el trabajo social.
- g) Coordinando los distintos tipos de servicios.
- h) Todos los servicios de la medicina moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas..."

Este ejemplo permite ver como se resalta el aspecto clínico-técnico de la atención, es decir, calidad vista desde la atención del médico y su capacidad técnica, medida en los resultados obtenidos. Así mismo, se puede resaltar del ejemplo que el objetivo principal, y por ende, el indicador de calidad utilizado, estaba en la obtención o no de la salud del paciente. De ahí que, y como lo veíamos antes, el enfoque que está detrás de esta forma de atención no pone el acento en el proceso por el cual se obtenía la salud sino, en el producto final, y esto se enmarca en lo que describíamos como enfoque vertical.

El desarrollo, estudio y profundización del enfoque vertical, lleva a autores como Avedis Donabedian a delinear el camino hacia una nueva definición, y en este sentido su aporte resulta importante.

Del cual rescatamos textualmente lo siguiente...

..."Se pueden describir 3 componentes básicos:

- a) El manejo técnico de la salud y de la enfermedad.
- b) La relación interpersonal entre los proveedores de la atención y de éstos con los usuarios o clientes.
- c) Los principios éticos que regulan la atención de salud...⁹

En este extracto podemos ver como el autor separa en tres, las etapas por las cuales se obtendría Calidad en la

⁹ Elemento tomado de: Diprete B, Miller Franco L, Garantía de la Calidad de la atención en los países en Desarrollo Managed by the Center for Human Service 1992

atención de Salud. A las cuales el autor agrega un cuarto elemento, el COSTO en la calidad, Vale decir, ..."hacer las cosas bien o correctamente y a la primera vez, lo que permite disponer de presupuesto para reinvertir"...¹⁰, o simplemente ahorro. En otras palabras, aplicando Calidad en las etapas que llevan a una buena atención, permitiría reinvertir o ahorrar, además de hacer la cosas bien y no llevar acabo un determinado trabajo repetidas veces, por falta de idoneidad, profesionalismo o simplemente por desmotivación, generando gastos excesivos, una deficiente gestión y una mala atención en Salud. Lo que no siempre se traduce en que el paciente no mejore.

Sumado a lo anterior AVEDIS DONABEDIAN desarrolla una estructura de análisis organizacional caracterizando el proceso de producción de los servicios de salud, en tres aspectos:

- a) **La estructura**, referido a todo lo que es equipo físico, tecnología, documentos normativos, RRHH, financieras, jurídicos y políticos.
- b) **El proceso**, referido al mecanismo involucrado en la producción de algún servicio, y
- c) **El resultado**, referido al producto obtenido.¹¹

Rescatamos estos dos elementos de su discurso por cuanto nos permiten ir configurando la transición hacia el nuevo modelo o "enfoque horizontal". Primero resalta claramente, desde un punto de vista económico: Costo, la importancia de hacer las cosas bien y a la primera vez, si a esto incorporamos la idea de

¹⁰ Elementos tomados del capítulo "Costo monetario y calidad: el intercambio costo-calidad. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio. Instituto nacional de Salud Pública 1990. pag. 15, a 18

¹¹ Donabedian, Avedis. "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio" Instituto de salud Pública México 1990. capítulo 7 pag. 20 a 24

cadena de producción, en el esquema: estructura, proceso y resultado, se va definiendo la idea de cliente-proveedor-cliente, la dependencia que entre estos pasos existe, y por ende, la importancia del concepto de Calidad que está detrás de ellos.

Los cambios no necesariamente se generán a partir de la iniciativa de un autor o de una situación específica, sino más bien a partir de la generalización de un modelo de la confluencia de distintos pensadores. En este sentido otro autor JURAN también trabaja en un importante aporte. Él define la calidad como:

..."la propiedad de un producto, que cumple con las necesidades de los clientes y por lo tanto produce satisfacción del mismo"¹²..

Dentro del aporte se ve la separación que él establece en el concepto de PRODUCTO, vale decir, el análisis de Calidad aplicada al producto. Él distingue dos características en el producto: por un lado cumple con las necesidades del cliente, o sea satisface; y por otro lado no tiene deficiencias o errores en la producción de éste, o sea, hubo un proceso eficiente. Por ende, no tan sólo reconoce el éxito de haber generado un producto satisfactorio, sino que también da mérito al proceso por el cual se gestó tal producto. Para él, una u otra por separado no constituyen calidad.

Además desarrolla lo que se llamará la "trilogía de JURAN" que consiste en el planteamiento de tres procesos a través de los cuales se puede lograr MANTENER y MEJORAR la calidad.

Los elementos que componen este proceso son:

- PLANIFICACION DE LA CALIDAD
- CONTROL DE LA CALIDAD

¹² JURAN J.M. Calidad en la Atención de Salud.

- MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Estos tres elementos conjugados llevan a un Mejoramiento Continuo.

Textualmente el autor los desarrolla...

"i.- Al planificar en calidad se: determinan quiénes son los CLIENTES, y cuáles son las NECESIDADES que se deben satisfacer, para poder desarrollar las CARACTERISTICAS de los productos que los satisfecerán, con ello podemos crear aquellos PROCESOS que permitan producir tal producto, para transmitir los PLANES a los grupos operativos. Con esta cadena lo que se pretende lograr es construir la calidad en el proceso, cuyo resultado sea un producto satisfactorio.

ii.- Cuando se quiere, control de calidad, se refiere a la mantención del status quo, manteniendo un proceso planificado en la condición en que fue planeado, de tal manera que cumple con los objetivos operacionales. Aunque la planificación haya diseñado un proceso estable, el control de calidad reconoce que hay una gran cantidad de factores que pueden afectar el proceso, lo que implicaría: evaluar la actual performance, compararla con los objetivos y desarrollar acciones si hay diferencias entre ambas.

iii.- El mejoramiento de la calidad apunta a la creación organizada de cambios beneficiosos y la obtención de niveles de cambio no logrados precedentemente, lo que implicaría: establecer una infraestructura adecuada, identificar los proyectos específicos de mejoramiento, establecer un equipo en cada proyecto, proveer los recursos, motivación y capacitación a los equipos para que puedan establecer las soluciones, establecer el control y mantener los logros"...

Ciertamente Juran tiene más que un mérito, y es poner claridad sobre las etapas de un proceso, a partir o sin dejar atrás, la idea de producto final. De ahí la plausibilidad del cambio, que pone el acento en el proceso a partir de la idea de

producto.

En resumen, estos tres autores representan dos momentos (a groso modo), del desarrollo de la calidad. El primero se desarrolla dentro de la idea: **entregar un producto o servicio** que cumpliera con mínimas normas de calidad, en un sistema de producción vertical en el que importa el generar dicho producto no importando el cómo. Los otros dos, viven una época de transición hacia lo que hoy en día conocemos como un modelo de producción horizontal, vale decir, aquello que se relaciona con el **PROCESO de producción** de algún elemento. Dicho de otra manera, ¿cómo dirigir la energía colectiva hacia un mismo fin?. Por ende, podemos decir que es el comienzo de una nueva definición en la generación de un producto, la horizontalidad que mencionamos antes, en la que lo importante de manera absoluta deja de ser el producto, y pasa a ser el proceso: **calidad en el proceso**. Ello implica que todo desempeño personal es una parte que contribuye a un gran proceso integrado y asociado, resaltando el trabajo de cada individuo, como también sus errores¹³. Un buen proceso conlleva un buen resultado o producto.

A través de esta revisión está implícito un serio esfuerzo de incorporación del trabajador, sea éste de Salud o de industria, para incorporarse a este nuevo esquema, por ello al investigar en CALIDAD, también estaremos abocados a hacer conciencia y educar a las gentes; de tal manera que comprendan que son partes de un equipo de personas que buscan, insertos en el mismo ámbito, los mismos objetivos y donde el éxito de la gestión no recae en uno, sino en todos, y depende de la comunicación, el respeto y la confianza de todos, con cada uno. De tal manera que al incorporar variables como: **calidad en los procesos**, sea compenetrado por todo el sistema, siendo

¹³ Las ideas de integrado y asociativo fueron tomadas de Marcotti D. ISO 9000 Mejorar para lo nuevo Chile 1994

responsabilidad de jefes y trabajadores.¹⁴

En este marco, no está demás conocer otras experiencias en CALIDAD. Pues se han ido desarrollando otros elementos, aportes importantes al crecimiento, profundización y desarrollo de Calidad, bajo el modelo de horizontalidad mencionado, en la gestión de Atención en Salud como en los distintos ámbitos de la vida social.

Una experiencia importante se encuentra en el desarrollo de Calidad en el área industrial cuando se ha pretendido conjugar la realización de un producto OPTIMO (que cumpla con requerimientos necesarios) versus un COSTO bajo, vale decir, bajando los costos en el proceso.

Un ejemplo de ello y que además resulta una anécdota, es que uno de los elementos que contribuyó al éxito de los aliados en la Segunda Guerra Mundial, fue la producción rápida, con calidad y a un bajo costo, del arsenal bélico utilizado, fue un secreto de guerra (URRUTIA C. II Seminario de Capacitación en Gestión en Calidad. Hospital San Juan de DIOS. Junio 1995).

El ejemplo anterior, tiene directa relación con el nuevo concepto de calidad: **Calidad en los procesos, que generará necesariamente, calidad en el producto.** Aquí es donde se incorpora un nuevo elemento. ..."Se debe establecer el CONTROL DE CALIDAD, como un instrumento de gestión, en todos los departamentos de la empresa. Introduciendo la idea de PREVENCIÓN DEL ERROR, en vez de corrección del error"... A.V. FEIGENBAUN mencionado en A. Donabedian "Garantía y monitoría de la Calidad de la atención Médica: un texto introductorio" 1990). El prevenir un error implica el manejo de las variables que se exponen en el proceso y estar atentos a ellas y no estar sujeto o muy bien preparado para reparar los

¹⁴ Op. Cit.

errores, pues a la larga resulta más desgastador y costoso.

Otro instrumento de Gestión, aunque en otro contexto y de marcada relevancia son los Círculos de Calidad, ideados por Deming para la industria japonesa y fueron implementados por K. ISHIKAWA (Donabedian A. 1980). Concepto trascendente, por cuanto incorpora la idea de que la calidad está basada en el hecho de que aquéllos que producen un bien o un servicio son los que tienen la responsabilidad fundamental respecto a eso que producen. Estos Círculos de Calidad son grupos de entre 6 a 10 individuos de un departamento, que se reúnen con estricta periodicidad para analizar los problemas de Calidad que afectan al producto, al proceso o a su propia labor. Círculos que también se generan a nivel del proceso, en general, bajo la idea **proveedor-cliente-proveedor**¹⁵, al interior de cada unidad como de toda la industria estableciendo una red, en la que el resultado no depende de un individuo o de una parte del proceso, sino, de uno y de todos.

Un complemento a los Círculos de Calidad realiza ISHIKAWA, pues suele conversar con los trabajadores directamente, analizando los problemas que tiene, las posibles soluciones y los caminos y herramientas necesarias para ello. Esto complementa aún más la participación del trabajador de la Salud (Elemento fundamental a nuestro entender. Idea que, además, se irá desarrollando en el curso de este trabajo, para transformarse en una idea fuerza). Quizá la única duda que queda respecto a esto último, la participación que ISHIKAWA da a sus trabajadores, es si esta participación supera el discurso, o ¿Cuánta incidencia tiene un operario sobre el trabajo que hace y si tiene poder para modificar procesos en pro de mejoras? Preguntas que quedan abiertas para ser investigadas en otra investigación y en el

¹⁵ HAROLD P. and WYENE J. MORSE. "What are your Client's Quality Costs?" CPA Journal April 1988 p. 58. Mencionado en Programa de Evaluación y Mejoramiento de Calidad. Unidad de Calidad y Normas/DAI/MINSAL

contexto de culturas que no son occidentales.

Hasta aquí, hemos descrito dos lineamientos importantes, respecto del desarrollo de Calidad, relacionados al crecimiento de la industria, como al de la Salud, en el cual se producen dos definiciones generales de la Calidad aplicadas en estos dos ámbitos.

Pero a mediados de los años 1970¹⁶, el concepto de Calidad se operacionaliza y se acerca más a la realidad, dejando atrás un enfoque más general por uno más contextuado, es decir, nacen una serie de definiciones operacionales adaptables a las diferentes realidades. Un ejemplo de ello, y orientado al área industrial son estas definiciones:

..."Garantía de Calidad, es un programa técnico, destinado a ofrecer a los clientes una prueba previa de la calidad de la organización, para controlar la calidad de su proceso"...

..."Control de Calidad, es la medición de la adecuación de un producto a una especificación técnica o requerimiento. Incluye actividades técnicas destinadas a mantener bajo control un proceso y eliminar causas que generan comportamientos insatisfactorios en etapas del ciclo de la Calidad"...

Un ejemplo, y orientado hacia la gestión en salud es esta definición:

..."Gestión de Calidad Total, es un enfoque sistemático que moviliza todos los recursos humanos de una organización hacia un objetivo único. Realizar adecuadamente, en la primera oportunidad, todas aquellas tareas que culminen en la satisfacción del usuario y que contribuyen al mejoramiento de los resultados económicos de la organización"...

¹⁶ DONABEDIAN, A. "Veinte años de investigación en torno a la Calidad de la Atención Médica 1964-1984. Rev. Salud Pública de MÉXICO 1988.

¹⁷ Las anteriores definiciones fueron tomadas del texto mencionado en la cita anterior

En la adaptación de definiciones, como la anterior, podemos observar el cambio de rumbo hacia una contextualización del concepto de Calidad. En este desarrollo y cambio no queda atrás el área de Salud Pública, y con mucha fuerza, pretende ir incorporando todos los elementos necesarios para alcanzar sus propios standares de Calidad.

Este es quizá, el punto de partida de trabajos como el de Roemer y Montoya-Aguilar cuyo aporte se basa en la incorporación de elementos teóricos y metodológicos para implementar programas de Calidad en la Atención Pimaria de Salud.

Lo realizado por estos autores es fundamental, por cuanto hacen una interpretación, adaptándose a la realidad de la Salud Pública: Textualmente ...Desde el control de la Calidad a la Gestión en Calidad, debemos considerar 4 elementos:

- * Control de Calidad
- * Evaluación de Calidad
- * Garantía de Calidad
- * Gestión de Calidad Total,

donde el término de control de calidad fue abandonado porque daba la sensación de control "policial". El segundo concepto, posteriormente también fue desechado ya que le confería al proceso el sentido de un ejercicio teórico. Con lo que se comenzó posteriormente a trabajar con el concepto de Garantía de Calidad, de la siguiente manera:

- *Evaluación de la Calidad
- *Acciones para corregir la deficiencias detectadas
- *Monitoreo de las acciones introducidas"...¹⁸

¹⁸Roemer M.J., Montoya-Agular C. Gestión de Calidad y aseguramiento de la Salud en Atención primaria. Publicación N°77 AFPET 1988

Cabría notar que el cuestionamiento que se le hace al enfoque de Garantía de Calidad, se basa en que una vez logrado los estándares propuestos, hay poco interés por mejorar más; y que los estándares son fijados desde afuera, y que tienden a focalizar los errores en los individuos y no en la organización y gestión del sistema.

El cuestionamiento a Garantía de Calidad genera tales dudas, que hace reconsiderar la idea, hacia una de Gestión de Calidad Total, basado en una filosofía de participación; mejoramiento continuo (y no sólo logro de estándares); Calidad, como una responsabilidad de todos; necesidad de mejorar la organización, la gestión, el financiamiento y la operación del sistema de Salud. Siendo un enfoque de incorporación reciente a los Servicios de Salud, sólo que, y al igual que la Garantía de Calidad, debe ser modificado y adaptado a circunstancias locales.

Quizá el acento que marca la diferencia de la definición de Gestión de Calidad Total, con respecto a las que la preceden, está en que la decisión final respecto a qué elementos utilizar del enfoque depende de cada grupo. Lo sabio estaría, en que cada grupo analice los pro y contras de cada modelo y tome de ellos lo que mejor se ajusta a su realidad y necesidad.

En fin, la historia de la Calidad que se ha mostrado hasta aquí, no busca sólo recolectar acontecimientos respecto del tema, sino también, el descubrir otro elemento que le subyace. Hasta el momento hemos visto cómo los procesos de cambio fueron redefiniendo la idea de Calidad que existía, y cómo además ha ido el concepto bajando de lo teórico a lo práctico, hasta el contexto de hoy en el cual se conjugan variables como tecnología, gestión, informática, etc., pero bajo las características del fenómeno, es decir, llevadas a lo situacional, y depositado en los actores de la situación o sujetos actuantes.

Si bien la Calidad como parámetro para la gestión avanza no debemos olvidar, que de acuerdo a la visión actual el lugar donde se implementa o desarrolla juega un rol fundamental, y siendo consecuentes con lo planteado es importante conocer parte aunque sea sucinto, de la historia del Hospital con el que trabajamos, que es el Hospital San José de Melipilla, para ello presentamos los siguientes antecedentes.

2) Antecedentes Históricos del Hospital San José de Melipilla

Existen pocos datos, si consideramos más de 100 años de historia de una localidad, que incluso hoy, podríamos llamar rural, y los que se presentan fueron rescatados de un folleto informativo del Servicio de Salud Metropolitano Occidente a propósito de un Aniversario del Hospital de Melipilla.

Dice textualmente:

Con ochocientos y tantos pesos de vecinos, el cabildo y el gobernador de la época, se inició la construcción del Hospital San José de Melipilla. Con ello se daba cumplimiento a un acuerdo realizado el 18 de mayo de aquel año, que decía:

..."fabricar un hospital cómodo para los enfermos infelices de ambos sexos de este departamento"...

El hospital comienza con 9 funcionarios y 2 salas para 36 enfermos. En general las condiciones en sus difíciles comienzos eran precarias, por decir lo menos, sin agua, con pocos recursos, sin ingresos propios, etc., etc.

Pero este difícil comienzo tuvo un cambio sustancial hacia 1870 con la llegada de Don Emeterio Goyenechea, gracias a él, hacia 1870 comenzó realmente la marcha del hospital.

Hacia 1878 se funda la Sociedad de Señoras del "Instituto de Caridad", preocupadas por atender las necesidades materiales y espirituales de los enfermos. Fueron sucedidas en sus obligaciones por la congregación San José de Cluny, hacia 1907. Un año antes, 1906, el hospital fue azotado por un terremoto que devastó sus dependencias. El administrador de la época Ricardo Aristía logró aunar esfuerzos y en menos de un año logra la reconstrucción de la mayor parte de lo perdido.

Cualquier historia de esta naturaleza no está ajena a una serie de hechos anecdóticos, y hemos rescatado algunos relacionados al tema de la Calidad.

En 1915 comienza a funcionar un dispensario anexo al hospital, mantenido con la ayuda de la municipalidad, y en el reverso de la tarjeta de atención que se entregaba a los pacientes, se recomendaba:

Bañarse con frecuencia, asear nuestra persona, el vestuario y la casa habitación. No arrojar papeles o basura en la calle o sitios públicos. Beber vino moderadamente en las comidas. No orinar en la calle o sitios públicos. No escupir en coches, tranvías, veredas o lugares públicos. No garabatear paredes o edificios. Ahorrar para asegurar el pan de la vejez sin trabajar. Las bebidas alcohólicas perjudican el efecto de los medicamentos.

En 1927, en el hospital existían dos coches: un coche "tronco", que se usaba en el invierno, y otro "victoria" para el verano.

Hasta 1940, más o menos, los funcionarios vivían internos en el hospital; había un lugar para los hombres y otro para las mujeres y eran vigilados por monjas francesas. Tenían permiso para salir una vez al mes"...

Quizá para nuestro trabajo estos elementos históricos sean de poca importancia, más bien tiene por objetivo resaltar el esfuerzo que se realizó antaño para generar dicho servicio, esfuerzo que hoy también se realiza para mantenerlo, hacerlo crecer y generar calidad en la prestación del servicio de Salud.

A modo de definir un marco conceptual, la primera pregunta es, **¿QUE ENTENDEREMOS POR CALIDAD?**

Para un buen entendimiento y para además saber entre qué parámetros dentro del concepto nos moveremos, resulta necesario hacer explícitas algunas definiciones de Calidad. El intento es buscar una definición conceptualmente satisfactoria, de fácil entendimiento y operacionalización, que sirva de herramienta de análisis y de parámetro conceptual.

Podemos decir que quizá la mejor definición de calidad en la atención que se puede dar, es que no existe **una** definición de calidad. Por el contrario, hay tantas y con una traducción práctica tan distinta que conviene subrayar que cada centro, institución u hospital va ha tener obligadamente que construir la suya propia o adaptar una existente.¹⁹

Dado lo anterior más que elaborar una definición muy simple o muy compleja, parece conveniente el diagramar las dimensiones entre las que intentaremos movernos. El Programa Ibérico de cooperación para América Latina, realizando una interpretación a nuestra realidad, considera el manejar 3 dimensiones: calidad científico-técnica (o competencia profesional), satisfacción y accesibilidad²⁰. Por lo demás, si creemos que, y como punto de partida en la inserción y evaluación de la calidad, entre más simples la categorías de la definición más fácil será la comprensión y operacionalización de ésta.

Es importante que en la definición de cada una de las dimensiones mencionadas no se está jugando el Cambio de Calidad. Si tomamos cada una de ellas aisladamente las definiciones no variarán demasiado entre el enfoque Vertical de producción que

¹⁹ Saturno Pedro. Garantía de Calidad en Atención Primaria.

Ministerio de Sanidad y Consumo. MADRID 1990

²⁰ Palmer R.H. Garantía de Calidad en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990

hablabamos o un enfoque horizontal de producción; la diferencia radical, estará en cómo aquéllas elegidas se integran conjuntamente al proceso de generación de un producto de Calidad en Atención de Salud, y en cómo incorporamos a las relaciones laborales, a través de las cuales generamos participación, en los nuevos procesos productivos o de servicio.

Al analizar las dimensiones mencionadas, implica necesariamente decir, qué vamos a entender por ellas, o sea, marcar un parámetro frente a la definición o definiciones de calidad. También es preciso agregar que este marco que se definió será mostrado en las sesiones, con ello no pretendemos manipular, sino más bien, introducir (y profundizar lo necesario) el tema, llamando a conciencia elementos de calidad para incorporarlas a la cotidianeidad.

- **Competencia profesional** está referida a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.

Concretamente se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Estrictamente, en salud comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativo-profesional exige idoneidad en la supervisión, capacitación y solución de problemas.

- **Acceso a los servicios** está referido a la eliminación de las barreras que obtaculizan el uso eficaz de los servicios de salud. Se considerará al menos dos barreras: la organizacional y la lingüística.

El aspecto organizacional apunta básicamente a la adecuación de los servicios a los clientes, a la entrega de las horas de atención, los sistemas de turno, al tiempo de espera, en general a la modalidad en la cual se presta el servicio. Todos ejemplo de cómo se puede hacer difícil el acceso a los servicios. El acceso lingüístico implica que el servicio se presente en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender o comprender, a los proveedores de la salud.

- **Satisfacción del cliente** está referido a la relación entre proveedores y clientes (beneficiarios), entre el equipo de servicio de salud y la comunidad.

Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con el paciente. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad; Esta, se demuestra por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión, adecuados canales de comunicación y compenetración.

En estas tres dimensiones, hay implícitas ideas fuerza de calidad, que al repetirse, se transforman en constantes a las que debemos prestar atención. De las que destacamos principalmente:

- **EFICACIA** que estará, en lo acertado de las normas de prestación de servicios y de la orientación clínica. Orientaciones a resolver cuestiones como: una vez aplicado el tratamiento produce los resultados esperados, o el tratamiento recomendado y la tecnología usada es la más apropiada al medio en el cual se presta el servicio, o los procedimientos de atención (médico y administrativo), usados, cumplen con su rol dentro del ciclo de la prestación del Servicio Salud.

- **EFICIENCIA** trascendental, por cuanto siempre los recurso del

área salud, son limitados. Por lo que responde a: hacer las cosas bien y a la primera vez.²¹

A modo de ejemplo y donde se conjugan estos elementos, queremos destacar las siguientes definiciones.

LA CALIDAD DE LA ATENCION TECNICA CONSISTE EN LA APLICACION DE LA CIENCIA Y TECNOLOGIAS MEDICAS EN UNA FORMA QUE MAXIMICE SUS BENEFICIOS PARA LA SALUD, SIN AUMENTAR EN FORMA PROPORCIONAL SUS RIESGOS. EL GRADO DE CALIDAD, ES POR CONSIGUIENTE, LA MEDIDA EN QUE SE ESPERA QUE LA ATENCION SUMINISTRADA LOGRE EL EQUILIBRIO MAS FAVORABLE DE RIESGOS Y BENEFICIOS.

Avedis Donabedian 1980

EL DESEMPEÑO APROPIADO (ACORDE CON LAS NORMAS) DE LAS INTERVENCIONES QUE SE SABEN SON SEGURAS, QUE LA SOCIEDAD EN CUESTION PUEDE COSTEAR Y QUE TIENEN LA CAPACIDAD DE PRODUCIR UN IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD, LA MORBILIDAD, LA INCAPACIDAD Y LA DESNUTRICION.

M.I. Roemer y C. Montoya-Aguilar OMS 1988

HACER LO CORRECTO, EN LA FORMA CORRECTA Y DE INMEDIATO

E. Deming

²¹ Todas las citas mencionadas, respecto la definición de calidad corresponden a Diprete Brawn, L., Miller Franco, L., Rafah, N., Hatzel T., "Garantía de la Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo". Center for human service USA 1992

RELEVANCIA DEL PROBLEMA

..."Al inicio del actual gobierno, el sector público de salud presentaba profundos problemas estructurales y de funcionamiento, lo que se traducía en dificultades de acceso a la atención de salud y un nivel de calidad inadecuado"...²⁰

La concepción del actual gobierno, que visualiza al hombre como epicentro de toda la actividad humana y en consecuencia se preocupa de su desarrollo integral, nos lleva a pensar que se hace imprescindible una investigación que dé cuenta de un diagnóstico acerca del tema de la calidad.

Estamos viviendo un período histórico, en donde la participación e integración adquieren una connotación no alcanzada antes. De ahí que uno de los aspectos más relevantes de la investigación se centra en utilizar otra forma, no tradicional, de evaluación y conocimiento del tema **Calidad en Atención de Salud**. Esta vez, desde la percepción que los protagonistas tienen, desde su mirada, lenguaje, discurso y entorno. De descubrir lo que los proveedores de la salud consideran debilidades o fortalezas más sentidas.

Otro elemento está en el poco conocimiento, la poca difusión, la confusión o la poca conciencia que existe del tema. Por lo que también **calidad** por sí sola resulta relevante. Además y como lo vimos anteriormente, Calidad se ha venido reformulando en los distintos procesos de modernización, por lo que hoy se hace importante conocer cuál es la definición que existe, cómo se ha operacionalizado, y al descubrirla hacer conciente esta misma.

No es menos cierto que ha existido cierta preocupación por el tema en la salud, lo que ha llevado a realizar intentos

²² MIDEPLAN Integración al Desarrollo: balance de la política social, 1990-1993. 1994 pág 200

por mejorar LA ATENCION²³. Pero tales políticas de mejoramiento se han caracterizado por tener una orientación cuantitativa²⁴ y centrarse en el cumplimiento o no de los objetivos que cada programa o proyecto se plantea. No es raro ver que en las evaluaciones ministeriales primen las alusiones al número de beneficiarios o cobertura que se ha logrado, y por sobre todo comparaciones cuantitativas respecto de otros años²⁵. En este contexto, la opinión del sujeto-proveedor pasa a un segundo (tercer) plano, primando criterios relacionados al cumplimiento y eficiencia de las políticas.

No queremos desconocer con lo dicho anteriormente, el que no exista un discurso político del gobierno de carácter cualitativo. Lo que pretendemos afirmar, es que no existen métodos cualitativos que se utilicen en el diagnóstico, la aplicación y la evaluación de proyectos.

²³ Gatica Jaime. Integración al Desarrollo: balance de la política social 1990-1993. MIDEPLAN 1994

²⁴ Esto podría parecer contradictorio con el discurso gobiernista pero en la práctica no son usuales métodos cualitativos de trabajo, para el control y evaluación de proyectos.

²⁵ MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). Balance de la Gestión 1990-1992. Chile 1993. En este texto encontramos ejemplos de los modos de evaluación de la Salud.

MARCO DE REFERENCIA TEORICO

En esta investigación tenemos una apuesta metodológica, para lo cual requerimos de un marco de referencia teórico, que sea más un principio o partida, que un marco teórico explicativo que luego pretenda generar explicaciones causales o de otra relación. Es un punto de partida para decir que los trabajadores de la salud Pública, en su más amplia concepción, constituyen una sub-cultura con un UNIVERSO SIMBOLICO propio²⁶, por cuanto comparten un modo de ver la realidad, que implica, desde la atención hospitalaria, intrahospitalaria, en urgencia, etc., hasta un lenguaje especial, con percepciones, ideas y opiniones del mundo; es una lectura desde la realidad del mundo de la Salud Pública, es decir, una ideología en el sentido de cosmovisión.

Es en este sentido que nos atrevemos a hacer una lectura desde Berger y Luckmann, pues como grupo social constituido, los trabajadores de la salud, presentan características especiales. Viven el límite de la vida y la muerte permanentemente, la mutilación, la esperanza y desesperanza, el abandono, etc. Comparten un mundo de alto desarrollo tecnológico y de alta especificidad médico-técnica.

La mirada de este mundo conlleva que su lenguaje sea particular y más específicamente su HABLA, en cuanto verbalización específica del lenguaje, que posee significado y connotaciones especiales. Por cuanto se relaciona específicamente con la experiencia de cada día, compartida en los mismos términos con otros.

Esta mirada del mundo se plasma en un LENGUAJEAR²⁷ diario donde comparte con otros y consigo mismo un pensamiento.

²⁶ Berger P. y Luckmann T. La construcción Social de la Realidad. Amorrurto editores Buenos Aires Argentina, 1993

²⁷ Maturana H. El Sentido de lo Humano. Dolmen Ediciones 1994

Este "lenguajear" es una conversación por la cual se construirá el discurso, que no es más que un referente de sus experiencias individuales y colectivas en este y otros ámbitos de la realidad.

Este discurso es resultado de un interaccionar²⁸ del colectivo social, vía la infinidad de conversaciones y reflexiones a través del lenguaje, en tanto símbolos con significado compartido, respecto de su diario vivir, en el que comparten valores y cosmovisiones, hasta lo específico de su trabajo.

En este "lenguajear" encontramos una de las instancias más importantes, pues a través del "habla" se da la construcción del discurso, adquiriendo éste, la particularidad del medio y la gente que lo desarrolla. Introducimos el habla como una categoría que construye significados y connotaciones de cada palabra, en función de la experiencia cotidiana del colectivo y de su referente histórico. Es sólo por esto, que el entender una palabra y su contenido, estará sujeto a entender el contexto desde el cual emanó. Además es claro que el discurso, no es siempre un juicio de la realidad o una interpretación definitiva, sino, que muchas veces también son preguntas, reflexiones de la realidad. Esto nos dice que estamos constantemente construyendo la realidad²⁹, enfrentándonos desde nuestra experiencia a lo cotidiano de algún tema en especial.

Considerando estos argumentos es que nos parece pertinente el uso de una metodología cualitativa, en especial la herramienta GRUPOS DE DISCUSION, desde la cual podemos conocer y comprender el habla y su discurso. A diferencia de una metodología cuantitativa, que en este caso parece menos viable. Pues en el uso de esta última, más específicamente de la

²⁸ Op. Cit.

²⁹ Ver cita 21

encuesta, la respuesta emitida no siempre será fruto de la realidad, sino de una reflexión, en el que se conjugan exigencias, expectativas y medios, es decir, antes de responder volverá a conciencia preguntas que aseguren su sobrevivencia, tales como, ¿cuál es la respuesta apropiada para quedar bien ante los demás?; Por otro lado, si este trabajo se relaciona con Hospitales del Área Pública de la Salud, habrá otras preguntas relacionadas con su seguridad laboral, con su grupo de referencia, con sus aspiraciones dentro de la institución, etc., con lo que podríamos obtener un resultado alejado a la realidad, es decir, que no representa ni al grupo, ni al individuo, ni a su discurso.

Hasta aquí hemos hablado de Universo Simbólico, de lenguaje, de metodología, etc., pero el profundizar estos elementos requiere de introducir un elemento más en el análisis, que sustentan este marco de referencia teórico y metodológico.

Es necesario al tocar el tema de la Calidad el referirse al concepto de Modernización, que asociamos al mejoramiento de la gestión y de los procesos productivos. En este mismo sentido, y teniendo en cuenta que son muchas las variables que inciden en los procesos de cambio o modernización, es necesario resaltar al menos dos de estas variables, fundamentales a nuestro entender. La primera variable es el pujante crecimiento de los países más desarrollados y de las exigencias que éstos nos hacen para poder establecer, cualquier tipo de relación comercial o de traspaso técnico y tecnológico. Es decir, existe un permanente condicionamiento, que conlleva una estandarización de los procesos de producción, podemos decir que asociados al tema calidad, éste como concepto lo importamos, para ser utilizado con la misma definición.

Quizá el mejor ejemplo lo vemos cotidianamente, en la realidad de la Salud chilena. En la distancia entre la Salud

Privada y la Pública, en el cual las diferencias económicas marcan una insondable y perceptible brecha (diferencias dado criterios distintos, tales como: la orientación de la Salud, el perfil del paciente, la concepción de cliente, etc.,) y al mismo tiempo una competencia, desde donde se desprende, el porqué la salud privada se transforma en un parámetro de calidad en la entrega de este servicio, el porqué es que crea una serie de expectativas acerca de la modernización de los servicios que el Estado presta y el porqué **Abre un campo nuevo de exigencias a los proveedores de la salud Pública.**

La segunda variable hace referencia a la modernización, pero sin descontextualizarla de la realidad Chilena. Tiene que

ver con cómo conjugamos lo moderno, desde nuestra cotideaneidad como país, o más específicamente desde el mundo de la Salud Pública Chilena, tiene también que ver con cómo redefinimos y adaptamos los procesos modernizadores a nuestra realidad como país y en Salud. Tiene que ver con, ¿si se considera asociado a la prestación de un servicio en Salud, un buen servicio de hotelería?. Tiene que ver con una permanente falta de personalidad para adaptar a nuestra idiosincracia procesos de cambio.

En este sentido parece necesario recordar lo que Brunner dice, textualmente en el siguiente extracto:

...“El hecho de que la cultura latinoamericana -esto es, la suma de la culturas que componen el *collage*- sea habitualmente analizada por sus productos ha llevado a exagerar el uso de periodizaciones que, en última instancia, refieren a estilos (intelectuales) o a las orientaciones ideológicas de sus productores.

Faltan a esos análisis, en cambio, “referencias de contexto”, por fragmentarias que pudieran ser, en un continente donde todavía pugnamos por acceder a las estadísticas más elementales. De allí nace, así mismo, una gran

confusión: tendemos a suponer que las modernizaciones, o sea los modernizadores o sus capillas -sea en el plano de las ideas, de las letras o la política- habrían inaugurado, antes de que ella existiera, la modernidad de nuestra cultura.

En suma, cometemos el error de analizar los "textos" de nuestra cultura fuera de su contexto de producción, circulación y recepción.

Sustituto parcial para esa carencia es la introducción de algunos déficits considerados específicamente latinoamericanos, los cuales actuarían -por ausencia- como indicadores de una historia incompleta, truncada o, si se quiere, potencial. Octavio Paz ha sido maestro en esa corriente que analiza la cultura por sus omisiones. Por ejemplo cuando escribe que "la gran diferencia entre Francia e Inglaterra por un lado y España e Hispanoamérica, por el otro, es que nosotros no tuvimos siglo XVII. No tuvimos ningún Kant, Voltaire, Diderot, Hume." (Citado de Paz Octavio, EL OGRO FILANTROPICO, Joaquín Mortiz, México 1979 pp34-35).

Por semejante camino arribamos a la conclusión de que casi todo lo que supone necesario para poder llegar a la modernidad nos habría faltado: una reforma religiosa con Lutero a la cabeza, una revolución francesa, una sociedad civil descrita por Tocqueville para el caso de los Estados Unidos, una ideología liberal-universalista que permitiese al ciudadano-individuo desarrollarse, una ética calvinista para inspirar el ahorro, la inversión y el trabajo.

La interpretación de nuestra historia cultural por sus omisiones respecto de un modelo occidental consagrado refleja no sólo la hegemonía de este último, sino además, un antiguo gesto de perplejidad frente a las diferencias específicas de lo "latinoamericano" cuando ese nuevo territorio es analizado con las categorías mentales del descubridor.

Recuérdese que para Hegel, si bien los pájaros del norte no podían competir por el colorido de su plumaje con los del sur tropical, sin embargo cantan mejor, como por ejemplo la Alondra y el Ruiseñor, que no existen en los

trópicos. Más, tan específico déficit americano, nos dice Hegel, bien podría transformarse en potencialidad, pues quizá la baja calidad armónica de nuestros pájaros no se debería tanto al calor tropical como al hecho de que los habitantes de la selva tenían voces chillonas, de modo que *el día en que dejen de oírse en las selvas de Brasil los sonidos casi inarticulados de hombres degenerados, ese día muchos de los plumíferos cantores producirán también melodías más refinadas.*

¿Qué significado podemos atribuir a tales lecturas "comparativas" de la historia de la cultura, donde finalmente siempre tendrá que concluirse que, respecto del modelo predominante, a las demás -las culturas subordinadas o periféricas- les faltan atributos como la voz cantarina o un Voltaire y le sobran, por el contrario, plumas y dictadores?.

¿No será que por tal vía se busca otorgar un sentido (ausente) a aquello que no se halla suficientemente contextualizado?. Así Hegel, sorprendido comparativamente, reacciona aplicando sus categorías de contexto al nuevo territorio. Octavio Paz, en cambio, reacciona denunciando comparativamente lo que nos falta para ser lo que otros fueron.

En ambos casos, sin embargo, permanecemos sin contexto. Lo sustituímos meramente por ideas que faltan o por plumas que sobran"...

..."Tal sustitución de contexto resulta de la propia noción de cultura que allí se pone en juego. Si la cultura se entiende únicamente como productos simbólicos, y se procede como si ellos pertenecieran exclusivamente al reino superior de las ideas, entonces el contexto espontáneo de esa cultura viene a residir en los órdenes simbólicos de una época, materializados en escuelas estéticas, estilos de pensamiento o corrientes filosóficas.

Hace rato que sabemos, sin embargo, que la cultura es un universo de sentidos que no se comunica ni existe independiente de su modo de producción, de circulación, de recepción, consumo o reconocimiento."...³⁰

³⁰ Brunner, José Joaquín, Cartografías de la Modernidad. Dolmen pp 154-157.

El llamar la cita a colación se hace pertinente, en la medida que todos aquellos procesos involucrados en el medio de la salud, y que Brunner llama acertadamente CONTEXTO, y que es ejecutado y mediado por individuos; es un medio social que requiere de tiempo y de un proceso de adaptación y de interpretación de este nuevo escenario, orientado hacia la modernización, específicamente en la aplicación de un parámetro de Calidad a los procesos establecidos.

Por ello resulta imperativo, el poder descubrir cuál es el concepto de modernidad que se maneja y cómo éste es un reflejo de la interpretación que el medio realiza, a partir de su realidad o contexto en relación con modernidad. Esto es básico, a la hora de trabajar Calidad en Salud Pública, pues plantea las diferencias que habría, de trabajar por ejemplo, Calidad en la empresa privada, como así mismo, resulta relevante al trabajar, drogadicción en la Pintana y las diferencias que se plantearían en el mismo tema en Las Condes.

Es por ello que la opinión del grupo y de los individuos se hace tan relevante. El hablar de modernización implica, la incorporación de nuevos procesos, de un renovar de mecánicas antiguas, de conductas con tradición, aprendidas y legitimadas en la práctica, que se transformaron en un cuerpo de conocimiento traspasando las generaciones. Conductas y legitimaciones que se arraigan en la base social, y que apostamos a descubrir a través del lenguaje, del discurso.

Esta última idea, de cuerpo de conocimiento, nos permite entrar en un segundo concepto relevante: UNIVERSO SIMBÓLICO. Apoyados en el trabajo de P.BERGER y T.LUKMANN y de su libro "La Construcción Social de la Realidad", para introducir el cómo entenderemos este concepto presentamos el siguiente extracto, textualmente los autores dicen...

...“en un primer momento toda institución no es más que un hecho que no requiere apoyo ni intersubjetiva ni biográficamente, porque es evidente por sí misma a todo el grupo o comunidad”...,

...“en una segunda situación entra en juego la legitimación que surge cuando las objetivaciones de segundo orden institucional (ahora histórico) deben transmitirse a una nueva generación. Al llegar a este punto, el carácter auto-evidente de las instituciones ya no puede mantenerse por medio de los propios recuerdos y habituaciones del individuo. La unidad de historia y biografía se quiebra. Para restaurarlo y así volver intelegibles ambos aspectos de ella deben ofrecerse “explicaciones”, justificaciones de los elementos salientes de la tradición institucional. Este proceso de “explicar” y “justificar” constituye la legitimación”...

Esta legitimación tiene estadios de desarrollo o maduración.

...“INCIPIENTE: aparece tan pronto como se transmite un sistema de objetivaciones lingüísticas de la experiencia humana, a modo de ejemplo la transmisión de un vocabulario de parentesco, legitima *ipso facto* la estructura de parentesco .PROPOSICIONES TEORICAS en forma rudimentaria: aquí aprecen diversos esquemas explicativos que se refieren a grupos de significado objetivo. Son esquemas pragmáticos y se relacionan directamente con acciones concretas. A este nivel corresponden las leyendas y los cuentos populares.

TEORIAS EXPLICITAS: por lo que un sector institucional se legitima en términos de un cuerpo de conocimiento diferenciado. Son cuerpos teóricos más complejos encomendados a personal más especializado que los transmite mediante procedimientos formalizados de iniciación. Conocimiento administrado, en general, por los ancianos de un clan, por ejemplo. Esto lleva a que con el desarrollo de teorías legitimadoras especializadas y su administración a cargo de legitimadores con dedicación exclusiva, la legitimación comienza a trascender la explicación pragmática y a convertirse en teoría pura.

A partir de esta teoría pura se constituyen los UNIVERSOS SIMBÓLICOS: que son

un cuerpo de tradición teórica que integra zonas de significado diferente, y abarca el orden institucional en una totalidad simbólica”...

...“Como vemos el grado más desarrollado de la LEGITIMACIÓN, es el Universo Simbólico. Y en él explicamos el orden institucionalizado, le damos coherencia y credibilidad, “atribuyendo validez cognoscitiva a sus significados objetivados”, así mismo, esta legitimación justifica el orden que se ha establecido, es decir, las conductas cotidianas; “adjudica dignidad normativa a sus imperativos prácticos”³¹

Dicho en otros términos, existen muchos elementos que constituyen o dan cuerpo a un Universo Simbólico, y que nos ayuda a entender cómo es que asociado a cada fenómeno, determina cierta percepción frente a un tema. Percepción que frente a un mismo tema varía de un grupo a otro, y que necesariamente está asociado a una forma de mirar la realidad condicionada por años de legitimación o HISTORIA.

Si bien en teoría un Universo Simbólico aparece como un modelo explicativo de la sociedad, podemos decir que también encontramos modelos explicativos en las sub-culturas de una sociedad. Es por ello que podemos decir que, la sub-cultura de la salud representa un mundo que puede ser muy distinto a otros, como el mundo de las industrias, de los colegios, o de barrios o de grupos de jóvenes, etc. Y en cada uno de ellos se constituyen universos simbólicos que legitiman las conductas, que dan sentido a cada uno de los acontecimientos que transcurren dentro de ese ámbito.

Pero no nos quedaremos sólo en la conformación de los universos simbólicos, y de lo que constituyen como legitimación. También tomamos uno de sus elementos más relevantes: el lenguaje, fundamental en la comunicación y formación de los universos antes

³¹ Berger, P y Luckmann, T., **La construcción Social de la Realidad. Amorrortu Editore, 1993. pp 122.**

vistos.

Como sabemos, existen muchas maneras de comunicarse, una es la expresividad corporal. La cara, las manos, los ojos: es decir, el cuerpo; una posición o un gesto manifiestan la subjetividad de un individuo, pero tal comunicación está supeditada a la situación, tenemos que mirar y/o sentir para percibir tal subjetividad.

Algo similar pasa con los productos hechos por el hombre, por ejemplo con un martillo, que al mismo tiempo que ser una herramienta para clavar se puede transformar en un arma para matar; Tras él, está la objetivación dada por un individuo, y una situación determinada, en la que el martillo deja de ser martillo y pasa a ser un arma mortal. Lo relevante será, que en la corte, el martillo ahora "prueba", representa la subjetividad de un individuo, más allá del hecho cara a cara o situacional. ("es el arma homicida").

En este contexto, una de las críticas más fuertes a la prestación de Salud Pública, es que tiene una fuerte inversión en equipos de alta tecnología y especialización, lo que para un observador descontextuado resulta contradictorio con las deficiencias que presenta el sistema. Quien logra superar la barrera de lo objetivo, para penetrar en lo subjetivo de la realidad de la Salud Pública Chilena, podrá hacer conciencia de problemas de modernización en los procesos, la falta de capacitación al personal, la falta de incentivos, las bajas remuneraciones, estructuras hospitalarias muy deterioradas que junto a muchos otros factores, desde dentro, hacen ver los esfuerzos como infructuosos, y desde fuera una imagen deficiente.

De ahí que hay que tener presente que, textualmente ..."la realidad de la vida cotidiana no sólo está llena de objetivaciones, sino que es posible únicamente por ellas. Estoy rodeado todo el tiempo de

objetos que "proclaman" las intenciones subjetivas de mis semejantes, aunque a veces resulta difícil saber con seguridad qué "proclama", tal o cual objeto en particular, especialmente si lo han producido hombres que no he podido llegar a conocer bien o del todo, en situaciones cara a cara. Cualquier etnólogo o arqueólogo confirmará de buenas ganas estas dificultades, pero el hecho mismo de que puede superarlas y de reconstruir a partir de un artefacto las intenciones subjetivas de hombres cuyas civilizaciones se han extinguido hace tal vez milenios es prueba elocuente del poder de resistencia de las objetivaciones humanas.

Un caso especial de objetivación, pero que tiene importancia crucial es la significación, o sea, la producción humana de signos. Un signo puede distinguirse de otras objetivaciones por su intención explícita de servir como indicio de significados subjetivos. Por cierto que todas las objetivaciones son susceptibles de usarse como signos, aún cuando no se hubieran producido con tal intención originariamente..., ...los signos se agrupan en una cantidad de sistemas. Así pues, existen sistemas de signos gesticulatorios, de movimientos, etc"...,

..."El lenguaje, que aquí podemos definir como un sistema de signos vocales, es el sistema de signos más importante de la sociedad humana. Su fundamento descansa en la capacidad intrínseca de expresividad vocal que posee el organismo humano; pero no es posible intentar hablar de lenguaje hasta que las expresiones vocales estén en condiciones de separarse del "aquí y ahora" inmediatos de los estados subjetivos. Todavía no puedo hablar de lenguaje cuando gruño, aúllo o abuceo, aunque estas expresiones vocales son capaces de volverse lingüísticas en tanto se integren dentro de un sistemas de signos accesibles objetivamente. Las objetivaciones comunes de la vida cotidiana se sustentan primariamente por la significación lingüística. La vida cotidiana, por sobre todo, es vida con el lenguaje que comparto con mis semejantes y por medio de él. Por lo tanto, la comprensión del lenguaje es esencial para cualquier comprensión de la realidad de la vida cotidiana.

El lenguaje se origina en la situación cara a cara, pero puede separarse de ella fácilmente. Ello ocurre no sólo porque puedo gritar en la obscuridad o

a cierta distancia, hablar por teléfono o por radio, o transmitir la significación lingüística mediante la escritura (que constituye, por así decir, un sistema de signos de segundo grado). La separación del lenguaje radica mucho más fundamentalmente en su capacidad de comunicar significado que no son expresiones directas de subjetividad "aquí y ahora". Esta capacidad la comparte con otros sistemas de signos, pero su enorme variedad y complejidad lo hace mucho más fácil de separar de la situación cara a cara que cualquier otro (por ejm. un sistema de gestos). Puedo hablar de innumerables asuntos que no aparecen para nada en la situación cara a cara, incluyendo asuntos que nunca experimenta ni experimentará directamente. De esta manera, el lenguaje es capaz de transformarse en depósito objetivo de vastas acumulaciones de significado y experiencia, que puede preservar a través del tiempo y transmitir a las generaciones futuras,"...³²

Con esto damos paso a un tercer concepto, el lenguaje, del cual queremos rescatar, al menos tres elementos relevantes: el primero, a través del lenguaje objetivizamos nuestra subjetividad, o sea, expresamos nuestros pensamientos, ideas, temores, etc. El segundo, el lenguaje trasciende de lo situacional, hablamos de nuestra experiencia, de lo que hemos vivido, y como nos ha influido. El tercer elemento, es que podemos hablar de lo que no hemos vivido, como un fenómeno real, mejor dicho, como una realidad. Es decir, podemos con el lenguaje, hablar de otras experiencias para compararlas, estudiarlas, etc.

Quisiera incorporar un cuarto elemento, sustancial, y atingente a la relevancia que tiene el lenguaje para nosotros. Referido a la capacidad de "tipificación"³³. Con ello, hacemos nuestras o propias experiencias anónimas, donde se puede ejemplificar con frases que dicen las gentes: ...se dice que... o ...se piensa de tal o cual manera... etc. Es decir, podemos hablar "en sentido figurado". Lo que resulta ser de una

³² Op. Cit pp 53-54

³³ Op. Cit pp 57

importancia crucial. Pues al hacer anónimas nuestras experiencias, podemos decir cosas que pensamos o sentimos, sin temor a ser criticados y es más, que esa crítica sea individualizada o personificada. Es un buscar este abrir espacios para "decir cosas", y canalizarlas por medio de un grupo, de pares, en el cual el grupo mediatiza el discurso, le da coherencia y respaldo y lo despersonifica.

Lo antes dicho nos muestra al lenguaje, como un sistema de signos vocales, que se transforma en algo sustancial o básico en la comunicación entre hombres. Y el análisis aquí, va en dos sentidos: el primero referido al "lenguajear" de Maturana y el segundo, el referido a la objetivación de la vida cotidiana a través del lenguaje.

Con esto nos atrevemos a afirmar que en la interacción de un grupo, el lenguaje no sólo permite una buena comunicación, sino que además es una herramienta, que nos da seguridad, para transmitir fielmente lo vivenciado, el contexto y la subjetividad, todos ellos elementos que se relacionan en la vida cotidiana de la Salud, y que le dan cuerpo a esta realidad.

Por último, aparece otro elemento que juega un rol importante, y que une lenguaje a Universo simbólico. El lenguaje genera campos de significado, esquemas que diferencian tanto las situaciones, como las cosas dentro de determinadas situaciones, a través de los cuales cada individuo puede ORDENAR su experiencia social.

..."la suma de objetivaciones lingüísticas que corresponden a mi ocupación constituyen un campo semántico que ordena significativamente todos los sucesos rutinarios que se me presentan en mi tarea diaria. Dentro de los campos semánticos así formados se posibilita la objetivación, retención y acumulación de experiencia biográfica e histórica. La acumulación, es por supuesto selectiva, ya que los campos semánticos determinan qué habrá de

retener y qué habrá de olvidar de la experiencia total del individuo, como de la sociedad. En virtud de esta acumulación se forma un acopio social de conocimiento, que se transmite de generación en generación, y está al alcance del individuo en la vida cotidiana"...³⁴

Proceso que desencadena la legitimación de conductas y la conformación de universos simbólicos. Que pueden ser micro-universos, un fenómeno social cualquiera, o un universo simbólico del porte de una sociedad o cultura. Al fin y al cabo lo que queremos resaltar es que la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. Por ende, la tarea es aprehender este proceso de interpretación. A partir de estas ideas es que se pueden resaltar las siguientes premisas:

a) Las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tiene para ellas. De modo que las personas no responden simplemente a estímulos o exteriorizan guiones culturales, *... "es el significado lo que determina la acción"...* (Taylor y Bogdan, 1986). Podemos afirmar que la diferencia de hacer Calidad en Salud Pública o en Salud Privada tendría radicales diferencias, pues las significaciones son distintas, en el primero el individuo es un beneficiario y en el segundo es un cliente.

b) Los significados son productos sociales que surgen durante la interacción,

... "el significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que las otras personas actúan con respecto a ella en lo que concierne a la cosa de que se trata"... (Blumer, 1969. Citado en Taylor y Bogdan, 1986)

³⁴ Op. Cit. pp 60

c) Los actores sociales asignan significado a cosas, personas, etc., por medio de un proceso de interpretación,

..."el proceso de interpretación tiene dos pasos distintos. Primero, el actor se indica a sí mismo las cosas respecto de las cuales está actuando, tiene que señalarse a sí mismo las cosas que tienen significado. En segundo lugar, en virtud de este proceso de comunicación consigo mismo, la interpretación se convierte en una cuestión de manipular significados. El actor selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y la dirección de su acción"...(Op. cita anterior)

La Salud Pública es un mundo con características que la hacen diferente o otros escenarios de nuestra realidad. Y por ende, muchos de los elementos que la definen son específicos a ese medio social. Al enfrentarnos a él debemos tenerlo en cuenta, en otras palabras el pretender acercarse a un mundo que nos es desconocido, nos obliga a buscar caminos que nos permitan entender el cómo y el por qué de su realidad. Un camino que nos hable de su historia y de cómo hoy son lo que parece que son. Desde la posición de investigador e intervencionista (aunque se tomen precauciones para no parecerlo) debemos tener en cuenta que quizá sea el idioma aquello único que nos une y probablemente el camino para acercarnos.

Lo expuesto con anterioridad es lo que nos ha permitido dar consistencia a algunos criterios que nos oficiaron como guía o parámetro en el accionar de la investigación, y que mencionamos a continuación:

- Al exponer problemas y someterlos a la discusión, donde el grupo actúa como catalizador de la opinión frente a los problemas y las soluciones, al mismo tiempo que generamos participación en el discurso y en la

decisión, también hacemos Calidad.

- Hay que tener en cuenta que la discusión de problemas pasa por el tamiz de los valores, principios, niveles educacionales, expectativas, experiencias, etc., del grupo y del individuo, en tanto sub cultura de Salud.
- No existe en general individuo más apropiado para determinar los problemas, las causas y las soluciones, que el propio trabajador.
- El tomar un rol activo incentiva por sí sólo a la participación, sea para Calidad o cualquier otro tema de interés.
- Lo anterior hace que la contribución sea importante, y ello es, siempre lo que se espera.
- Para mejorar un sistema o contribuir con su mejora, es más apropiado trabajar en equipo.
- El uso de técnicas gráficas (expositivas) es constructivo y permite que todos los participantes vean escritas sus opiniones, la de sus compañeros y las del grupo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y operacionalizar el discurso que los proveedores de la salud construyen en su percepción del tema de la calidad, insertos en el proceso de servicio o producción, como así también rescatar, por medio de los grupos de discusión, la importancia del trabajo en equipo. Todo ello relacionado al servicio de Pediatría del Hospital San José de Melipilla.

Objetivos Específicos

- 1.- Sensibilizar a los participantes sobre la necesidad de introducir el concepto de Calidad en su quehacer cotidiano.
- 2.- Destacar la idea de calidad en el proceso de producción de la salud.
- 3.- Validar el concepto e importancia del trabajo en equipo y el carácter multidisciplinario de éste.
- 4.- Tratar de formular un instrumento de análisis en problemas de Calidad.
- 5.- Elaborar criterios de medición que apunten a los problemas y sus causas.
- 6.- Propender a la construcción individual y colectiva de un concepto unánime de Calidad aplicable en su quehacer laboral.

METODOLOGIA

El ir tras el sentido que dan a sus acciones los proveedores de la salud, respecto las políticas de calidad, orientadas por el ministerio, implica guiarse por nuevos caminos metodológicos que permitan dar cuenta de tal fenómeno.

El modelo científico hasta hoy utilizado, y que ha generado un vasto desarrollo teórico tiene su referente en la metodología cuantitativa, donde su instrumento privilegiado ha sido la encuesta, la que no permite a la presente investigación, por la naturaleza de lo que estudiamos, el cumplir con sus objetivos.

La encuesta es un instrumento que permite interrogar, generalmente, a una muestra de individuos estadísticamente representativa de la población en estudio, donde se responde a preguntas generalmente de carácter cerrado, acerca de actitudes y opiniones frente a determinadas cuestiones³⁵.

Este instrumento indaga básicamente, sobre la opinión individual, sin lograr aprehender el discurso grupal, aunque los datos estén agrupados de acuerdo a los grupos sociales de referencia de los respondentes y por más que la distribución de frecuencias presente regularidades grupales en las respuestas, las opiniones recogidas corresponden a individuos agregados cuantitativamente, no de grupos³⁶.

Para efectos de esta investigación, el acento estará puesto en el contenido de los discursos de un determinado colectivo social y no en la distribución ni en la opinión de los individuos.

³⁵ Beltrán Miguel, El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas, Editorial Alianza 1989 pág. 39-40

³⁶ Op cit

Para lograr acercarnos al discurso de los trabajadores utilizamos metodologías cualitativas, que son técnicas que permiten conocer, comprender e interpretar los discursos de un determinado colectivo, posibilitando a través de una creación artificial, la reproducción de ese discurso.

Al profundizar en esta temática descubrimos que la metodología cualitativa nos indica un modo de enfocar los problemas que nos interesan y buscar respuestas a ello. Y no se debe olvidar que el método en Ciencias Sociales está asociado al cómo investigamos, siendo nuestro enfoque, intereses y propósitos los que nos llevan a diferenciar una metodología en especial, en este caso la cualitativa. Se dice, "especial", ya que en Ciencias Sociales han prevalecido **dos perspectivas teóricas principales: EL POSITIVISMO Y LA FENOMENOLOGIA** (afirmación de Bruyn, 1966; Deutscher, 1973; citados por Taylor y Bogdan, 1986). Afirmación junto con la que nos permitimos hacer un poco de historia.

Una de las corrientes es el POSITIVISMO, cuyos orígenes se remontan a finales del siglo XIX y principios del XX. En Comte y Durkheim encontramos a sus principales y primeros exponentes. Su máxima es buscar los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de la subjetividad de los actores.

La segunda perspectiva es la fenomenología, con exponentes como: Berger y Lukmann, Schutz, Husserl, etc. Corriente que pretende entender los fenómenos desde la subjetividad de los actores "...examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante"... (Taylor y Bogdan 1986).

A MODO DE NOTA HISTORICA, resaltamos textualmente lo siguiente:

..."La observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos

cualitativos son tan antiguos como la historia escrita (Wax, 1971). Wax señala que los orígenes del trabajo de campo pueden rastrearse hasta historiadores, viajeros y escritores que van desde el griego Heródoto hasta Marco Polo. Pero sólo a partir del siglo XIX y principios del XX, lo que ahora denominamos métodos cualitativos fueron empleados conscientemente en la investigación social.

El estudio de Frederick Le Play de 1855 sobre familias y comunidades europeas representa una de las primeras piezas auténticas de observación participante. Robert Nisbet en 1966 escribe, que el trabajo de Le Play constituye la primera investigación sociológica científica dice que: -ésta es una obra que pertenece sin dudas al campo de la sociología, la primera obra sociológica auténticamente científica del siglo. Por lo general, se considera al Suicidio, de Durkheim, la primera obra científica de sociología, pero el logro de Durkheim en nada empaña la observación de los estudios de Le Play sobre parentesco y tipos de comunidad europeos, encuentra un esfuerzo muy anterior de la sociología europea por combinar la observación empírica con la extracción de inferencias esenciales, y por hacerlo reconocidamente dentro de los criterios de la ciencia-.

En antropología, la investigación de campo hizo valer sus méritos hacia principios de siglo. Boás (1911) y Malinowski (1932) establecieron el trabajo de campo como un esfuerzo antropológico legítimo. Como lo señala Wax (1971), Malinowski fue el primer antropólogo profesional que proporcionó una descripción de su enfoque investigativo y un cuadro del trabajo de campo. Quizá debido a la influencia de Boás y Malinowski, en los círculos académico, la investigación o la observación participante ha continuado asociada con la antropología.

Sólo podemos especular acerca de las razones por las cuales los métodos cualitativos, fueron tan prontamente aceptados por los antropólogos y tan fácilmente ignorados por los sociólogos. El Suicidio de Durkheim, que equiparó análisis estadísticos con sociología científica, ha tenido gran influencia y proporcionó un modelo de investigación a varias generaciones de sociólogos...

...Pero los métodos cualitativos tienen una rica historia en la sociología norteamericana, incluso aunque hasta el momento no haya sido objeto de una amplia aceptación. El empleo de métodos cualitativos se divulgó primero en los estudios de la Escuela de Chicago, en el período que va aproximadamente entre 1910 y 1940. Durante ese lapso, investigadores asociados con la universidad produjeron detallados estudios de observación participante sobre la vida urbana (*The Hobo*, Anderson 1923; *The Taxi-Dance Hall*, Cressey 1932; *The Gang*, Thrasher 1927; *The Getto*, Wirth 1928); o historias de vidas de criminales y delincuentes juveniles, (*The Jack-Roller*, Shaw 1966; *The Natural History of a delinquent Career*, Shaw 1931; *Brothers in Crime*, Shaw y otros 1938, etc.), y un estudio clásico sobre la vida de inmigrantes y sus familias en Polonia y los Estados Unidos basado en documentos personales (Thomas y Znaniecki, *The polish Peasant in Europe and America 1918-1920*). Antes de la década de 1940, quienes se consideraban estudiosos de la sociedad ya estaban familiarizados con la observación participante, la entrevista en profundidad y los documentos personales.

Por importantes que fueran estos estudios el interés en la metodología cualitativa declinó hacia el final de la década de 1940 y principios de la del 1950, con la preminencia crecientes de grandes teorías, por ejemplo Parsons 1951, y de los métodos cuantitativos. Todavía hoy es posible graduarse en sociología sin haber escuchado nunca la expresión "documentos personales".

Desde la década de 1960 resurgió el empleo de los métodos cualitativos. Se han publicado tantos estudios vigorosos y profundos basados en estos métodos (Por ejm. Becker, 1963; Goffman, 1961) que ha sido imposible restarles importancia. Lo que alguna vez fue una tradición oral de investigación cualitativa, ha quedado registrado en monografías y compilaciones (de las cuales hay muchos ejemplos, no necesarios de nombrar). También se publicaron libros que examinan los fundamentos filosóficos de la investigación cualitativa (Bruyn, 1966), relacionan los métodos cualitativos con el desarrollo de la teoría (Glaser y Strauss, 1967) y contienen relatos personales de las experiencias de los investigadores de campo, hay incluso periódicos dedicados a la publicación de estudios cualitativos (*Urban Life*; *Qualitative Sociology*)"... Tomado de Taylor y Bogdan "Introducción a

los Métodos Cualitativos de Investigación, la búsqueda de significados" PAIDOS 1986.

Estas notas, respecto a la historia de "lo cualitativo" (antropológico, sociológico) nos llevan a ver cómo es que el interés del fenomenólogo está en buscar comprensión, pero desde el sujeto, de su realidad, de su contexto, de su historia, etc.; para lo cual utiliza métodos cualitativos tales como la observación, la entrevista, los grupos de discusión, etc., que generan datos descriptivos acerca de la realidad. Podemos decir que en contraste con la otra corriente, el positivismo, la fenomenología lucha por lo que Max Weber, ..."denomina VERSTEHEN, o sea, la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente"... (citado en Taylor y Bogdan, 1986).

La metodología cualitativa en su amplio sentido obedece a la investigación que genera datos descriptivos. Pero vista desde una perspectiva muy simplificada, pues va más allá del hecho de ser una herramienta para recolectar datos, más bien, es una forma, científica, de encarar la realidad. Y en ella subyacen una serie de supuestos (afirmaciones), de los cuales queremos resaltar algunos en función de nuestros intereses.

a) La investigación cualitativa es inductiva, y los investigadores desarrollan una serie de conceptos, intelecciones, y comprensiones de la realidad partiendo de una pauta de datos. No recoge datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. Se puede decir, que más que una hipótesis, se parte con una percepción vaga, pretendiendo que sea la realidad del fenómeno la que construya, lo que luego se escribirá.

b) Los investigadores tratan de comprender a las personas dentro

del marco de referencia de ellas mismas , o sea, su realidad. Para la perspectiva fenomenológica es esencial experimentar la realidad tal como los otros la experimentan y no verla como simples espectadores, los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas. Este identificarse no pretende lograr empatía, más bien está asociado a un proceso de interiorización.

..."Tratar de aprehender el proceso interpretativo permaneciendo distanciado como un denominado observador "objetivo" y rechazando el rol de unidad actuante, equivale a arriesgarse al peor tipo de subjetivismo: en el proceso de interpretación, es probable que el observador objetivo llene con sus propias conjeturas lo que falte en la aprehensión del proceso"... (Herbert Blumer 1969, citado en Taylor y Bogdan, 1986).

c) Los investigadores cualitativos dan énfasis a lo válido de su investigación, en la medida que estos métodos nos permiten estar más próximos al mundo empírico, asegurando un estrecho margen entre "el proceso de producción de datos"³⁷ y lo que realmente la gente dice o hace. Al observar y escuchar a la gente en su vida cotidiana el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.

³⁷ Beltrán Miguel, El Análisis de la realidad Social. Métodos y técnicas, Editorial Alianza 1989. pag. 40

Como veíamos existen distintas herramientas utilizadas en los métodos cualitativos, de ellas se ha escogido una para el trabajo realizado.

GRUPOS DE DISCUSION

Dentro de la metodología cualitativa una de las técnicas con más desarrollo, ha sido el grupo de discusión, en el cual el participante o sujeto del enunciado dejará de ser el sujeto de la enunciación³⁸, es decir, en esta discusión se hablará en segunda o tercera persona, de cualquier tema planteado, dicho de otra manera, los sujetos hablarán de las situaciones de manera que fueran aplicables a todos.

Podemos distinguir dos etapas en el grupo de discusión, la primera, aquella en la que se articula un discurso común y coherente, y una segunda, en el que se interpreta y analiza el discurso generado.

En la primera etapa el discurso que se articula se produce a partir del lenguaje, de ahí que el propio discurso se constituye en un objeto privilegiado de la investigación, en la medida que el lenguaje no es sólo un instrumento para investigar la sociedad, sino el objeto mismo de la investigación.³⁹

En la segunda etapa el grupo hace un análisis, una lectura sobre el discurso producido, en el cual se intenta explicar la realidad, ..."como si la realidad hablará"...⁴⁰. El análisis tiene como fin descubrir aquellos elementos constitutivos, argumentos que sostienen el discurso, con los que el investigador reconstruirá posteriormente de acuerdo a sus

³⁸ Ver cita 2

³⁹ Op. Cit.

⁴⁰ Ver Cita 35

criterios un discurso que sea consistente y representativo.

La entrevista en profundidad es otra técnica cualitativa la cual "parte de una determinada experiencia del sujeto cuyos efectos quieren analizarse⁴¹. (Si bien no es la herramienta privilegiada no podemos dejar de mencionarla en la medida que los primeros acercamientos se realizan a través de esta forma).

En general los métodos cualitativos y en especial la técnica del grupo de discusión, son diseños abiertos, que permiten el acceso a nueva información, posibilitando que emanen los intereses y problemas de los participantes, partiendo desde el supuesto de la construcción de realidad que los sujetos de la acción han hecho y no como una realidad observada.

La realidad que importa es cómo las personas perciben, ... "las fuerzas que mueven a los seres humanos, como seres humanos y no sólo como cuerpos humanos... son materia significativa. Son sentimientos, ideas y motivos internos"...⁴².

Por otro lado, los sujetos que participan no son escogidos al azar, son invitados en la medida que representan una determinada posición respecto del fenómeno que se estudia, constituyendo una voz posible del discurso, obedece, por tanto, al criterio de saturación, o sea, que estén todos los representantes posibles del fenómeno que estudiamos.

Para acceder a ellos, se utilizan informantes calificados, con los cuales obtendremos la información necesaria para la selección de tales individuos, ... "la selección no se deja al azar, sino que se determinan la clase de individuos, su distribución en grupos

⁴¹ Op. Cit. 25 pag.41

⁴² Taylor S. y Bogdan. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. PAIDOS 1986 pág 16

y se les invita a participar a través de los canales concretos, particulares y preexistentes"...⁴⁵.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Informantes calificados, entrevistados para considerar la realización y generar las invitaciones. Se realizaron 2 entrevistas de coordinación y selección de los invitados.
- 2.- Grupos de discusión, se conformaron 6 grupos con un promedio de 7 participantes por grupo.
- 3.- Se realizarón 8 sesiones-entrevistas (aprox.) con cada grupo y dos plenarias de exposición y análisis del discurso elaborado.
- 4.- La información recolectada y elaborada de acuerdo a los objetivos de la investigación.

HERRAMIENTAS Y PASOS QUE SE UTILIZARON EN EL TRABAJO CON LOS GRUPOS

El uso de una u otra herramienta, está sujeto al absoluto arbitrio del investigador, de sus expectativas y de la visión que éste tiene de la realidad que enfrenta.

Esta afirmación no pretende abrir un paréntesis de subjetividad, pues sería absolutamente contradictoria con la postura planteada en la investigación misma, o defender esta postura en la administración de la investigación, sino más bien,

⁴⁵ Op. Cit.

el demarcar el campo de objetividad en el cual se pretende estar. Es decir, cuando pretendemos respetar un fenómeno y extraer de él, lo más fielmente, su realidad respetando a sus actores y su subjetividad, debemos utilizar herramientas y tener claridad absoluta de cuál es el terreno en el que se entra. Y es a ello, cuando me refiero al arbitrio del investigador.

Este comentario, está en función de las adecuaciones que se hace de una herramienta, ..."en general existe la necesidad de adaptar al fenómeno que enfrentamos, la herramienta que utilizaremos" (Taylor y Bogdan 1986 PAG. 39), frente a una determinada situación y a los actores que convergen en ella.

La primera adecuación está planteada frente al tema Calidad, pues parece transportar a un terreno teórico, alejado de la realidad de la vida cotidiana. No es propiedad del tema en sí mismo, sino más bien, de nuestra propia ignorancia o desconexión de la teoría y la práctica. Lo que nos lleva a realizar en el inicio de los trabajos una introducción del tema. En ella contamos la historia de la Calidad, cómo se ha desarrollado en la Salud y cómo en la industria, mostrando diferentes definiciones de Calidad, para acercar el tema a lo cotidiano de su trabajo y ayudar a descubrirlo en él.

La segunda adecuación está planteada frente al resultado del trabajo de los grupos de discusión. Además de la presión de la Dirección tanto del Servicio de Salud Metropolitano como de la Dirección del Hospital, de hacer explícitos los resultados, por ende, concretos y operacionalizados. En otras palabras, entregar lo detectado en términos de: Cuál es el problema, Cuáles sus causas y de Qué manera le damos solución.

Para hacer frente a ambas demandas se adaptó la herramienta de Ishicawa, en algunas de las etapas del trabajo, en la medida que en el desarrollo de la Calidad ha resultado

efectivo y aceptado (Más adelante se explica claramente en que consiste dicha herramienta).

Frente a lo dicho y sin pretender perder el enfoque planteado, pues es parte de un discurso modernizador y renovador, se generó el siguiente esquema de trabajo:

I.- Para decidir el problema que se tratará, se usó la técnica de Lluvia de Ideas, de la siguiente manera:

- paso 1: cada persona escribió 3 (tres) problemas que consideraba relevantes, en una hoja, en forma individual.
- paso 2: se expuso en una pizarra o papelógrafo, todos los problemas escritos por los participantes.
- paso 3: se analizó (Por medio de la discusión) cada problema expuesto, para individualizar los problemas de las causas y de las soluciones.
- paso 4: se eliminaron los problemas repetidos, y se agruparon los similares. Todo aquello sujeto a la discusión del grupo.
- paso 5: los participantes anotan todos los problemas que resultaron del análisis para evaluarlos individualmente, con un puntaje de 1 a 5 (1 es la peor nota y 5 es la mejor). En cada una de los siguientes ámbitos:

Frecuencia del problema, en cuanto a ocurrencia
Trascendencia o impacto según su percepción, que el problema tiene sobre la salud de la población
Vulnerabilidad o posibilidad que el equipo tiene, de

influir sobre el problema, modificándolo o solucionándolo

Factibilidad económica o si el problema es caro de solucionar. Si es caro su puntuación es 1, si es barato 5.

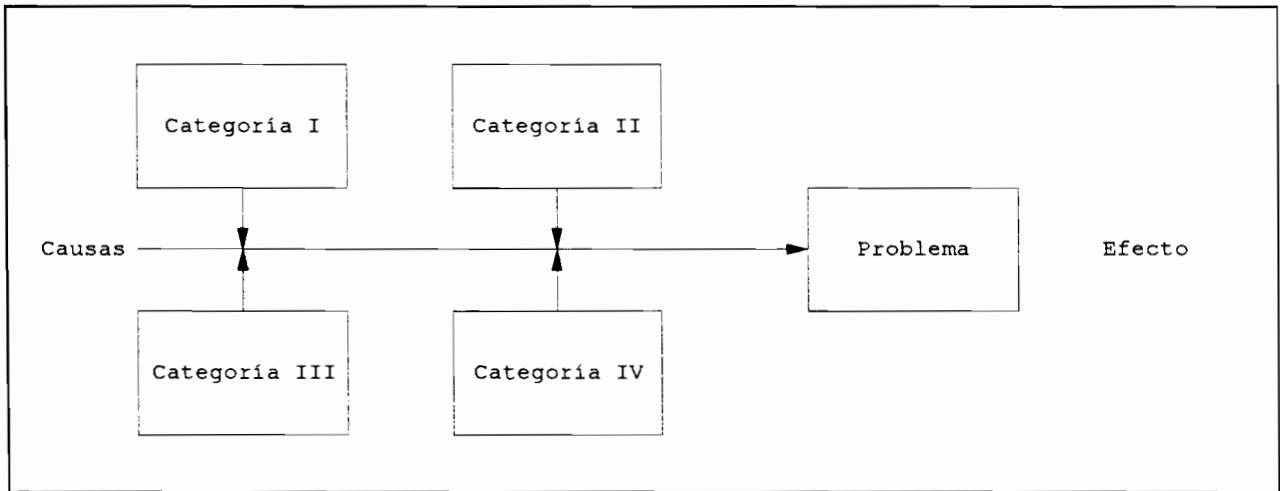
paso 6: se anotaron los puntajes individualmente y luego grupalmente, con ello se seleccionan los problemas más relevantes. (se escribirán los primeros 5 problemas, por razones de tiempo).

(ESTOS PROBLEMAS SE PRESENTA EN EL CUADRO N° 1)

II.-Se elabora un esquema en el cual quedan a la vista toda las posibles causas del problema seleccionado. Para lo cual se usará la técnica o método de ISHICAWA.

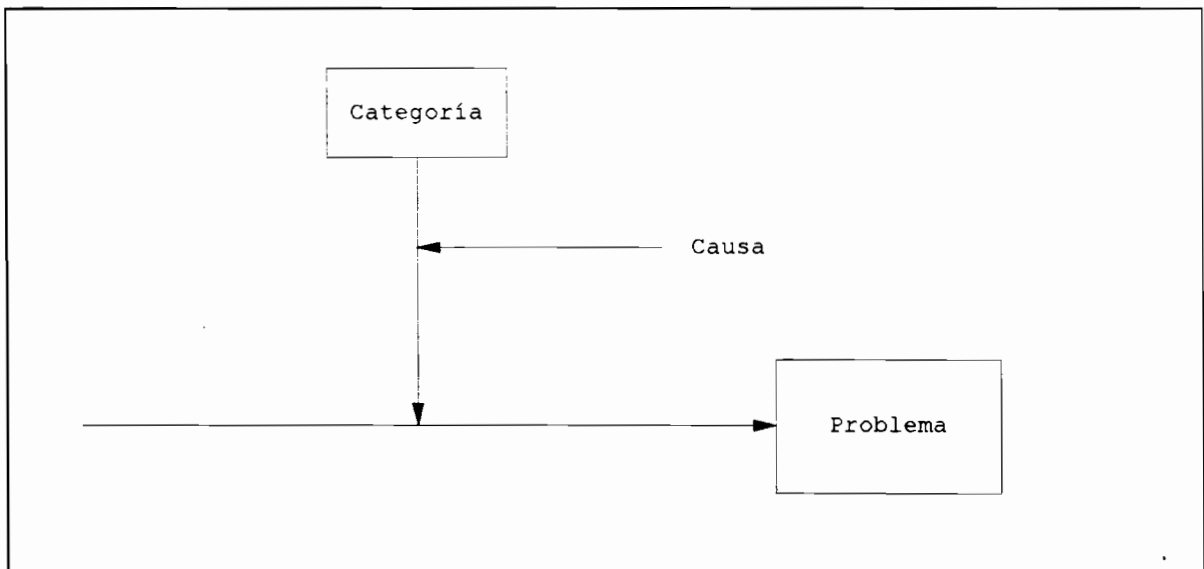
paso 1: individualice el problema seleccionado. Dado que no tenemos acceso a generar grandes cambios a nivel de Organizaciones ni Estructuras, siempre se tenderá al trabajo con problemas Asistenciales o mixtos que contengan a estos últimos.

paso 2: Identifique las categorías que incorporará en el análisis causa-efecto.

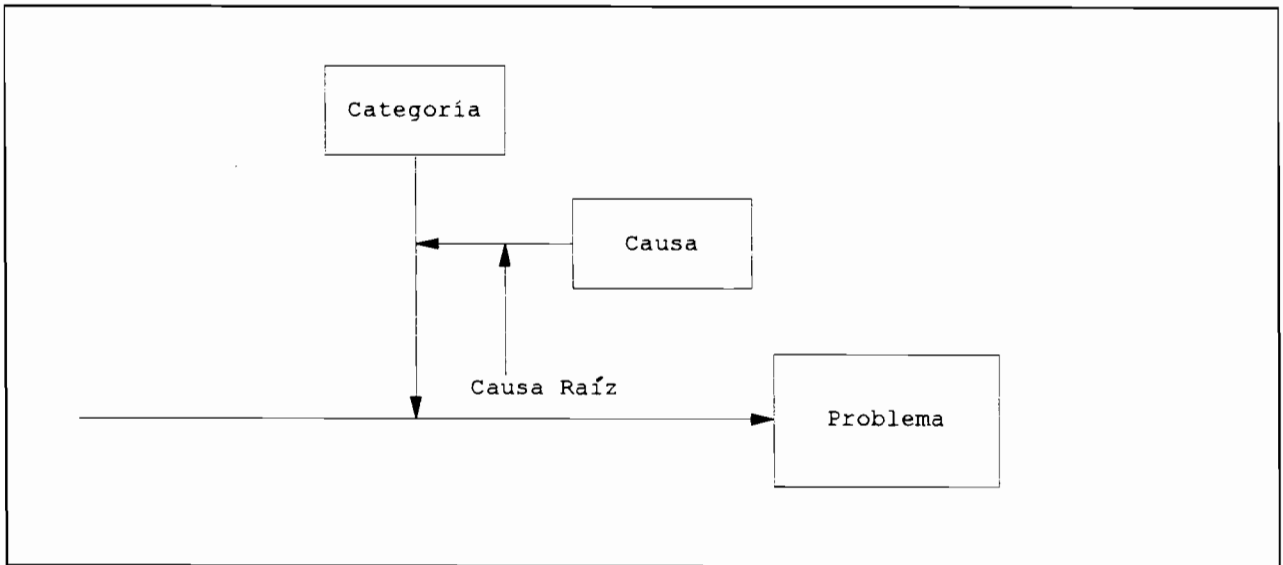


(Las categorías son arbitrarias y serán decididas en conjunto)

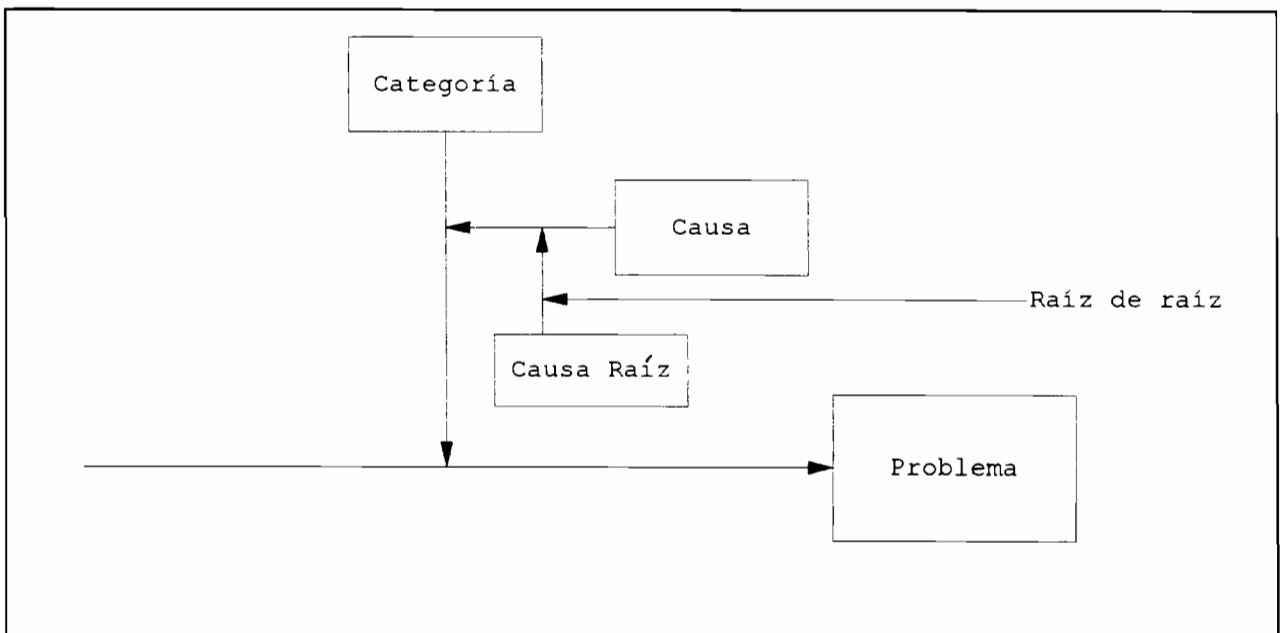
paso 3: Por cada una de las categorías se escribirán las CAUSAS que llevarían al problema elegido.



Así mismo, la causa de la causa, que será la causa raíz



Así mismo, la causa, de la causa, de la causa, que será la causa raíz de la raíz



De esta manera, se trabaja con todas las categorías que el grupo eligió, desarrollándolas.

Un esquema de este tipo, y además gráfico, deberá "impresionar" positivamente y reflexivamente, acerca de lo complejo que resulta la solución de un problema. Es decir, de las distintas variables o categorías que se relacionan directa o indirectamente en la formación de dicho problema. Si separamos los beneficios que nos trae un análisis así, podemos decir que se espera:

- 1) Si cada categoría obedece a ámbitos específicos dentro de una estructura organizacional, se estará determinando los puntos específicos en que ellas tendrían responsabilidad.
- 2) En los análisis, el aspecto económico, siempre juega un rol especial y muy influyente, muchas veces determinante en las negociaciones colectivas, por ejemplo; en el diagrama que destaca más causas, podemos atacar el problema por otras vías, o sea, nos abre un horizonte de expectativas, básicamente orientado a bajar el perfil del factor económico y darle mayor valor a otras variables.
- 3) De lo anterior, se desprende el hecho, de que se puede hacer más relevante el rol del trabajador, al descubrir, él mismo que sus conductas u omisiones, también pueden ser causas de un problema.
- 4) También se puede plantear una estrategia, abordando los puntos más favorables del esquema, para luego enfrentar los aspectos más complejos, es decir, de lo más simple a lo más complejo.
- 5) Quizá lo más relevante de lo dicho, estaría en que nos obliga a tener un espacio de reflexión, a profundizar en los problemas (causas y soluciones), a trabajar en

equipo e interdisciplinariamente, etc.

III.- Una vez realizado este diagrama, se escogerá una causa "solucionable"

Del problema visto en el esquema anterior y en función de las posibilidades reales de cada grupo de trabajo que responda a la realidad del Servicio, se escogerá una causa "solucionable". Con ello, se pretenderá que cada individuo, grupo o colectivo asuma el rol que le compete dentro de las causas indicadas en el esquema anterior y de las soluciones que se propondrán.

A este respecto es necesario aclarar que "exprofeso" se dejan fuera elementos que tengan relación con el presupuesto y la administración económica del establecimiento para no crear falsas expectativas del alcance que tienen los resultados del trabajo de los grupos, sino más bien que se refieran a sus propios ámbitos de acción. Es decir, se trabajará con aquellos problemas de índole asistencial, vale decir, que se relacionan con la atención a público y con el trato al usuario.

Para ello se estructuró el siguiente esquema de trabajo, tomando como punto de partida el paso anterior en el que se seleccionó el PROBLEMA con mayor puntaje. Se realizaron los siguientes cuadros:

Contenido Cuadro 2:

- determinar un **criterio**, una apuesta o lo que desearían que fuere. A modo de plantear una meta a seguir o alcanzar.
- también se dejará expresado el nivel que se considera como alcanzable del criterio señalado anteriormente, lo llamaremos

standar

- Así mismo, se intentará que los participantes delimiten tal criterio a dos categorías: **PROCESO (P)**, **RESULTADO (R)** o **ESTRUCTURA (E)**. En el caso de la estructura sólo si se presenta junto a uno de los anteriores. Ellos básicamente, pensando en facilitar la construcción, más adelante, de indicadores necesarios para medir y evaluar los criterios de calidad señalados por los trabajadores de la salud.

Contenido Cuadro 3:

- escoger aquellas **causas** del esquema realizado (1 ó 2, no más), que esté dentro de su ámbito el poder solucionarlas.
- determinar el o los **criterios, standard y tipo de datos** del paso N° 3.

Contenido Cuadro 4:

- dentro de la elaboración de estos criterios se deberá dejar claridad, sobre quién es el que ejecuta tal criterio, que llamamos **PROVEEDOR**, y sobre los aspectos o funciones (algunas o todas) que éste realiza.
- En el paso N° 5, nos referíamos al proveedor. Las acciones concretas de éste son **los productos**, y será necesario describir todos aquellos productos o acciones específicas; por lo que el grupo deberá enumerarlas, dejando claro cuál es el campo de acción sobre el que ellos actuarán, corregirán o reorientarán, para luego evaluar, propendiendo a la calidad.
- Esta reordenación se plasma a través de los **requisitos de**

calidad, que serán aquellos que hacen del producto final un producto dentro de los márgenes de Calidad.

- El **criterio de evaluación** persigue colocar un parámetro que se aproxime a lo medible, es decir, el criterio evaluativo da los márgenes entre los cuales debe moverse un producto de calidad.

Contenido Cuadro 5:

- Se describe un **indicador**, el formato como se obtiene y su fuente de dato.

DATOS RESPECTO EL LUGAR DONDE SE REALIZA LA EXPERIENCIA

(Datos tomados del Censo de Vivienda y Población 1992)

- El Hospital San José de Melipilla tiene una población asignada de 104.500 personas.
- Atiende al año en promedio 169.238 personas
- Realiza en promedio 3.749 intervenciones quirúrgicas al año
- Atiende en promedio 2.220 partos al año
- Tiene 168 camas
- Presenta 7.660 egresos al año
- De lo cual obtiene un índice ocupacional de 74%
- Con un promedio de 5.43% de días de estadía
- Más/menos tiene una planta de 326 funcionarios de los cuales 26 son médicos

DATOS RESPECTO A LOS FUNCIONARIOS ASISTENTES Y LOS GRUPOS QUE SE CONFORMARON

Asistieron y fueron agrupados como sigue:

GRUPO N° 1

CECILIA ARMIJO GONZALES	Técnico Paramédico	Maternidad
JUANA AGUILAR JERIC	"	"
HILDA AYALA ARMARZA	"	"
ANGELICA CORDERO ALHUE	"	"
GLADYS CATRIAN LOBOS	"	"
LAURA CERON CARRASCO	"	"
MÓNICA CESPEDES SILVA	"	"

GRUPO N° 2

MERCEDES CURIÑO SILVA	"	"
MARITZA MARTINES BARRERA	"	"
SARA MADRID CARREÑO	"	"
ANA MARTINES ACEVEDO	"	"
GINA SANDOVAL RUBILAR	"	"
TERESA MUNOZ VILLAVICENCIO	"	"
LORETO VALDERRAMA CARRASCO	"	"

GRUPO N° 3

HORTENCIA YRRAZABAL	"	"
BEATRIZ QUELA ALVARES	"	"
AURISTELA RETAMALES TIRADO	"	"
SILVIA ACEVEDO JARA	"	Pabellón
FLOR CATALAN GAMBOA	"	"
JEANETTE CONTRERAS VALDENEGRO	"	"
ADA CERON LEON	"	"

GRUPO N° 4

SILVIA ACEVEDO JARA	Enfermera	Cirugía
MAGALY ESTUARDO ARANEDA	Enfermera	Cirugía
JUANA BELMAR HIDALGO	Matrona	Maternidad
EDUARDA OJEDA EURIOTTE	Matrona	Maternidad
JUAN HENRIQUEZ GUTIERREZ	Médico	Maternidad
RODRIGO VARELA ALVARES	Médico	Maternidad

GRUPO N° 5

M ^a TERESA CACERES VARGAS	Técnico Paramédico	Pabellón
LUISA DIAZ MUÑOZ	"	"
CARMEN DIAZ QUIROZ	"	"
LUIS GUZMAN ZUÑIGA	"	"
LUISA HERNANDEZ REYES	"	"
JUANA JORQUERA ZUÑIGA	"	"
MARTA PLAZA MALLEA	"	"
MARIA ROMERO ARMIJO	Auxiliar	Esterilización

GRUPO N° 6

FLORA PALACIOS MUNDACA	"	"
ANA ALLENDE TORO	"	Esterilización
FELICIANA OLGUIN JERES	"	"
MONICA PINTO DURAN	"	"
MONICA PRIETO DURAN	"	"
ANGELICA SANTIBAÑEZ FAJARDO	"	"
ANA VELAZQUES AYALA	"	"
ANA SILVA SILVA	"	"

NOTAS:

- 1.- El criterio aplicado para la selección de los grupos obedecía a no mezclar estratos, para lograr una comunicación más fluida.
- 2.- Todos los resultados de los trabajos de grupo fueron copiados íntegramente en las siguientes páginas sin excluir nada.

DATOS RECOLECTADOS Y ORDENADOS POR GRUPO

GRUPO N° 1 Compuesto por Técnicos Paramédicos: Nivel Técnico

I.- Lluvia de ideas (Los datos no llegaron)

CUADRO N° 1

Problema	% Simple	% Acumulado
Largo tiempo de espera de los pacientes en el servicio de urgencia del Hospital	21,5	21,5
Poca claridad en la asignación de personal en el Hospital	20,5	42
Alto porcentaje de consultas banales en el servicio de urgencia del hospital	19,9	61,9
El personal se siente presionado, en el servicio de urgencia del Hospital	19,3	81,2
Alto porcentaje de rechazo de pacientes en el consultorio externo del Hospital	18,2	100

Se seleccionó el problema que obtuvo mayor porcentaje, es decir, Largo tiempo de espera en el servicio de urgencia del Hospital San José de Melipilla.

II.- El problema y sus causas en el esquema Ishicawa

III.- De acuerdo a lo explicado se desarrolló los siguientes cuadros:

CUADRO N°2: De acuerdo al problema seleccionado se efectúa el siguiente análisis:

Problema	Criterio	standard	Tipo Dato	excepción	aclaración
Largo tiempo de espera de los pacientes en el servicio de urgencia	Los pacientes que acudan al servicio de Urgencia no esperarán más de 30 minutos	80%	R	La urgencia calificada, retardada la atención de pacientes. Accidentes masivos	- Urgencia calificada: Paro cardiorrespiratorio, Quemadas, Baleados, Intoxicados asfixiados - Se entiende por tiempo de espera a lo transcurrido entre el llenado del ADR Y la atención médica

Criterio: Lo deseado o ideal pretendido.

Standard: Responde a cuál nivel considerarán alcanzable.

Tipo de dato:

(P) Proceso

(R) Resultado, el tipo de dato responde a si el criterio se medirá dentro del proceso por el cual se generará el producto o si sólo es medible como resultado.

Excepción: Qué situaciones no entran dentro del criterio planteado

Aclaración: Es la explicación de las excepciones

CUADRO N° 3: Para el problema seleccionado se determinaron las siguientes causas y sus respectivos criterios.

Causas	Criterios	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaración
No hay Criterios Educativos	- Se crearán criterios de educación al usuario del servicio - El equipo de salud aplicará los criterios de educación, una vez definidos	100%	F R	No hay Pacientes siquiátricos. Pacientes inconcientes	- Se entenderá por criterio educativo a la definición de los contenidos específicos que faciliten la orientación del usuario y limite la consulta por patología banal - Se integrará el contenido educativo al acompañante del paciente que no pueda recibir la educación

Causas: se ha escogido una causa al problema elegido
 Criterio: el ideal, cuando la causa queda superada
 Standard: Idem cuadro anterior
 Tipo de Dato: Idem cuadro anterior

CUADRO N° 4: En el que se elaboran criterios evaluativos:

Proveedor	Producto	Requisito de calidad	Criterios evaluación
Médicos Enfermeras Matronas	Pacientes ingresados Paciente controlado	Buen trato Cumplimiento completo y exacto de indicaciones médicas Registro claro y completo del tratamiento administrado Información coherente con el tratamiento	Todo paciente atendido en el servicio de urgencia, habrá recibido buen trato Todo paciente habrá recibido tratamiento completo y oportuno
TECNICOS PARAMEDICOS	PACIENTE TRATADO		Se habrá realizado un registro completo y claro del tratamiento administrado al paciente
Aux.Servicio Porteros Choferes	Paciente despachado Paciente trasladado a sala		Todo paciente atendido habrá recibido información coherente con su tratamiento

Continúa en la siguiente página.....

Proveedor: Quién el que ejecuta el criterio descrito
 Producto: Son las acciones del proveedor
 Requisitos de calidad: Son los que hacen del producto final un producto de Calidad
 Criterios de Evaluación: es un parámetro plausible. Son los márgenes dentro de los cuales se mueve el producto de Calidad

...continuación del cuadro N°4 ...

Standard	Tipo de dato	Excepciones	Aclaraciones
100%	P	No hay	Se entiende por buen trato llamar al paciente por su nombre, saludarlo, ser cortés, no tutear, e informar en lenguaje entendible
100%	P	Carencia de medicamentos en Urgencia Rechazo al tratamiento	Se entiende por registro claro y completo anotar el tratamiento administrado y la persona que lo administra
100%	P	No hay	Se deberá proporcionar como mínimo la siguiente información: medicamento administrado y la orientación necesaria en los trámites siguientes
100%	P	Pacientes con limitaciones para entender las explicaciones	

Standard: Idem cuadro anterior

Tipo de dato: Idem cuadro anterior

Excepción: Idem cuadro anterior

Aclaración: Idem cuadro anterior

CUADRO N°5: Para la evaluación de los criterios elaborados se descubrieron los siguientes indicadores.

Descripción del indicador	Formato	Fuente de dato
<p>% de pacientes que ingresaron al servicio de urgencia, con un corto tiempo de espera</p> <p>% de pacientes que recibieron tratamiento completo y oportuno</p>	<p>Este dato se obtendrá del resultado del número de pacientes atendidos en la urgencia, dividido por el total de pacientes atendidos en el hospital, multiplicado por 100</p> <p>Este dato se obtendrá del resultado de: El número de pacientes que recibieron tratamiento completo y oportuno, dividido por el total de paciente atendidos en el servicio de urgencia, multiplicado por 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta al paciente atendido en el servicio de urgencia. - Suma de ADR atendidos en el tiempo designado - Total de pacientes que no tuvieron tratamiento completo, menos el total de pacientes atendidos

GRUPO N° 2 Compuesto por Técnicos Paramédicos: Nivel Técnico

I.- Lluvia de ideas. Problemas de acuerdo a las categorías estipuladas:

Problemas ASISTENCIALES

- Mal trato de algunos funcionarios a los pacientes en el servicio de Medicina del Hospital
- No hay una atención personalizada en el servicio de Medicina del Hospital
- Pacientes tratados en forma inadecuada clínicamente, porque no pertenecen al servicio de Cirugía del Hospital

Problemas ESTRUCTURALES

- Insuficientes técnicos paramédicos en el Hospital
- Movilización insuficiente para el paciente que requiere examen fuera del Hospital
- Exceso de trabajo en el servicio de Medicina del Hospital
- Insuficientes implementos para trabajar en el Hospital
- Escasez de medicamentos para los pacientes hospitalizados en el Hospital

Problemas de ORGANIZACION

- Escaso trabajo de equipo en los servicios Clínicos del Hospital
- Inadecuada priorización de actividades del personal Técnico Paramédico en el servicio de Medicina del Hospital
- No hay incentivos al personal Técnico Paramédico y de servicio, en las actividades realizadas en el servicio de Medicina del Hospital

- Relaciones humanas deterioradas en el Hospital

- Incomprensión al trabajo realizado por el personal Técnico Paramédico y auxiliares de servicio, por parte de las enfermeras de turno del Hospital

- Deficiencias en los conocimientos técnicos del personal Paramédico, en el servicio de Medicina del Hospital

- Ingreso de pacientes no quirúrgicos en el servicio de Cirugía del Hospital

- Insuficiente especificación de las funciones del Técnico Paramédico en los servicios Clínicos del Hospital

- Trato inadecuado entre los funcionarios del Hospital

Problemas Mixtos de ORGANIZACION Y ESTRUCTURA

- Interconsulta a especialidades en Santiago, para pacientes hospitalizados en el Hospital de Melipilla, con una larga espera

CUADRO N° 1

PROBLEMA	% Simple	% Acumulado
Escaso trabajo en equipo en el servicio de medicina del Hospital	21,5	21,5
No hay incentivos al personal Técnico Paramédico y auxiliar, en las actividades realizadas, del Hospital	21,2	42,7
Pacientes tratados inadecuadamente por no pertenecer al servicio de Cirugía del Hospital	20,5	63,2
Exceso de trabajo en el servicio de Medicina del Hospital	19,6	82,8
Insuficientes Técnicos Paramédicos en el Hospital	17,3	100

II.- El problema y sus causas en el esquema Ishicawa

Usuarios

Presión Asistencial /
 Nivel de atención primaria poco resolutivo

Organización

Desconocimiento de Roles y funciones.
 No se discuten.
 No se apoyan
 * Jefe de Serv. No comprometen al cargo.
 No hay motivación
 No hay colaboración
 Presión Asistencial
 Tipos de patologías hospital. injustificadas

No hay capacitación de trabajo en equipo
 No se valora.
 No hay tiempo
 Escasa Colab. entre paramed. *

No hay lugar aprop. de reunión.
 Escasa Organización
 Escasa motivación
 Poca interés

Relaciones interp. deterior.
 No hay apoyo por intermed. mejor dr.
 * e instrument. Insuf. comunic. entre los
 Poca interés
 Escaso Compromiso con el Servicio
 Poca motivación
 Escasa Comunicación
 Indiferencia
 * Temor a trabajar en equipo
 Falta de confianza.

Hospitaliz. prolongada.
 Inseguridad médica.
 Personalismo

Escaso Trabajo en el Equipo en el Servicio de Medicina del H. S. J. Nelli. pilla.

Personal Insuficiente
 Presupuesto bajo.

Demotivación
 Bajo salario (110%)
 Poca incentivo
 Escasa Colab. entre el pers. Paramed.

Desconocimiento de roles y funciones.
 Sobrecarga
 Poca interés
 Tipo de Personalidad conflictiva.

Estructura

Proveedor

Seminario ENC Grupo No 2.

III.- De acuerdo a lo explicado se desarrollan los siguientes cuadros.

CUADRO N° 2 Con un problema seleccionado se realiza el siguiente análisis.

Problema	Criterio	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaraciones
Escaso trabajo en equipo en el servicio de Medicina del Hospital	El servicio de Medicina Habrá trabajado en equipo	80%	R	Médicos que vienen de Santiago sólo algunos días al mes	Se entiende por trabajo en equipo: -Cada miembro del equipo cumple su rol correctamente -Comunicación fluida entre los estamentos -Realización de actividades de trabajo y recreación en conjunto. -Planificación ejecución y evaluación en conjunto.

CUADRO N°3: Para el problema seleccionado se determinaron las siguientes causas y sus respectivos criterios:

Causas	Criterios	standard	tipo dato	Excepción	Aclaraciones
Escasez de reuniones Reuniones Eficientes	El servicio de Medicina realizará reuniones semanales por estamento y mensuales, todos los estamentos El servicio de medicina habrá realizado reuniones eficientemente	100% 100%	P P		Se entiende por reunión eficiente: con hora de inicio y de término, citación previa, chequeo y organización, evaluación, etc.

CUADRO N°4: En el que se elaboran criterios evaluativos:

Proveedores	Productos	Requisitos de Calidad	Criterios de evaluación
<p>Médico cirujano Enfermera matrona TECNICO PARAMEDICO Aux. de servicio Secretaria</p>	<p>Confort realizado al paciente que refleje una adecuada coordinación, Ciclo vital controlado, Tratamiento realizado, Exámenes tomados Pcte. ingresado, Material preparado, Material recepcionado, Turno recibido, Turno entregado, Aseo clínico realizado, Etica aplicada.</p>	<p>Buen trato Pcte. limpio Cambio de posición según corresponda Ropa de cama limpia Aseo de cavidades según corresponda Tiempo promedio por paciente: 2, 5 horas.</p>	<p>Todo pcte. hospitalizado del servicio de Medicina habrá recibido buen trato Y se habrá mantenido limpio, se le habrá cambiado de posición, habrá tenido ropa de cama limpia, habrá recibido aseo de cavidades según corresponda, Y habrá recibido una atención promedio de 2,5 hrs.</p>

Continúa en la siguiente página ...

...continuación del cuadro N° 4 ...

Standard	Tipo dato	Excepciones	Aclaraciones
100%	P		Se entiende por un buen trato:
100%	P		Atención personalizada
100%	P		Hablar correctamente
90%	P		Informar al pcte. de todo procedimiento a realizar
100%	P		Se entiende por tiempo adecuado:
80%	P		Según la norma 2,5 hrs por paciente

CUADRO N° 5: Para la evaluación de los criterios elaborados se descubrieron los siguientes indicadores.

Descripción del indicador	Formato	Fuente de datos
<p>Porcentaje de pacientes del Servicio de Medicina del Hospital a los cuales se les hizo un confort adecuado</p> <p>$\frac{\%}{100}$ de pacientes del Serv. de Medicina a los cuales se les hizo confort, en un tiempo determinado</p> <p>$\frac{\%}{100}$ de pacientes del serv. de medicina a los cuales se les realizó cambio de posición según requerimiento</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que recibieron buen trato}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos.}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes. que recibieron confort en un tiempo determinado}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que recibieron confort}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes. que recibieron cambio de posición requerido}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que requirieron atención}} \times 100$</p>	<p>Encuesta a los paciente</p> <p>Libro de ingresos y egresos</p> <p>Deducción de cumplimiento de acciones (lista de chequeo)</p> <p>Ficha clínica</p> <p>Hoja de enfermería</p>

GRUPO N°3 Compuesto por Técnicos Paramédicos: Nivel Técnico

Y.- Lluvia de ideas. Problemas, de acuerdo a las categorías estipuladas

Problemas de ESTRUCTURA

- Insuficiencia de recursos Técnicos Paramédicos para los Servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Hospital San José

Problemas de ORGANIZACION

- Déficit de liderazgo de las jefaturas del Hospital San José
- Déficit de trabajo en equipo, en los servicios de Pediatría y Gine. y Obstetricia del Hospital.
- Déficit de comunicación entre el sector Directivo Administrativo y los diferentes estamentos de los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Hospital
- Relaciones humanas deficitarias entre funcionarios de los servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia
- Escaso incentivo y reconocimiento a la labor realizada por parte del jefe directo, y resto del equipo de los servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia del Hospital
- Desmotivación de los funcionarios de los servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia del Hospital
- Insuficiente capacidad resolutive oportuna de problemas de la sección de mantención para los servicios clínicos de Pediatría y Ginecología y Obstetricia

Problemas ASISTENCIALES

- **Trato inadecuado de los equipos de salud, a los pacientes hospitalizados de los servicios de Pediatría y Ginecología**
- Visitas pediátricas tardías a los recién nacidos del servicio de Obstetricia del Hospital
- Inexperiencia Obstétrica y/o pediátrica de algunos

residentes médicos del servicio de Urgencia del Hospital

- Escasa comunicación entre el equipo de salud y usuarios hospitalizados en los servicios de Pediatría y Ginecología del Hospital.

Problemas MIXTOS

- Tardanza en el inicio de la atención médica en el policlínico de Pediatría en consultorio externo del Hospital

- Incumplimiento de la norma de toma de exámenes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital

- Poco tiempo para brindar atención completa en la unidad de recién nacidos inmediatos, observación y puericultura del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hosp.

- Tramitación excesiva de pacientes ginecológicas para la resolución oportuna de sus patologías, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital

CUADRO N° 1

Problemas	% Simple	% Acumulado
Escaso incentivo y reconocimiento a la labor realizada por el jefe directo y resto del equipo en servicio de Pediatría y Ginecología y Obstetricia	21,9	21,9
Déficit del liderazgo de las jefaturas del Hospital	20,2	42,1
Relaciones humanas deficitarias entre funcionarios y de éstos con los usuarios del Serv. de Pediatría y Gine. y Obstetricia	19,9	62,0
Déficit de comunicación entre el sector administrativo directivo, con los diferentes estamentos del servicio de Pediatría y Ginecología y Obstetricia	19,7	81,7
Inexperiencia Obstétrica y/o pediátrica de algunos residentes médicos del servicio de Urgencia del Hosp.	18,3	100

II.- El problema y sus causas en el esquema de Ishicawa

En el caso de este grupo para ninguno de los problemas trabajados en las etapas anteriores, tienen algún grado de incidencia como para que cambien, en función de esto se trabajó en los siguientes cuadros con el problema "Trato inadecuado de algunos funcionarios del equipo de salud hacia los usuarios de los servicios de Ginecología y Obstetricia".

III.- De acuerdo a lo explicado se desarrollan los siguientes cuadros.

CUADRO N° 2: De acuerdo al problema seleccionado se realiza el siguiente análisis.

Problema	Criterios	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaraciones
Trato inadecuado de algunos funcionarios del equipo de salud hacia los usuarios de los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hosp. San José	Todos los funcionarios HABRAN dado un buen trato a los usuarios de dichos servicios	100%	R	NO HAY	Trato adecuado es: Saludar, identificar por el nombre, escuchar activamente, dar respuesta coherente, dar indicaciones claras, informar de procedimientos a realizar, facilitar contacto con familiares, apoyo social. Usuario: es el paciente y al menos un familiar directo.

CUADRO N° 3: Para el problema seleccionado se determinan las siguientes causas y sus respectivos criterios

Causas	Criterios	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaraciones
Escasa capacitación	Dado un plazo determinado los funcionarios de los serv. de Pediatría y Ginecología y Obstetricia se capacitarán en relaciones humanas	100%	P	NO HAY	Ciclo permanente de capacitación y evaluación
Escaso incentivo	Dado un plazo determinado se habrá implementado un sistema de reconocimiento o público a los funcionarios de los serv. mencionados	100%	P	NO HAY	Se entenderá por sistema de reconocimiento público: - cartelera de méritos -Anotación en su hoja de vida

CUADRO N° 4: En el que se elaboran criterios evaluativos

Proveedor	Productos	Requisitos de calidad	Criterios de evaluación
Médicos Matrona Técnico Paramédico Auxiliar de servicio Secretaria	Paciente ingresado Paciente controlado Recién nacido controlado Puerpera educada	Buen trato Informar procedimiento Tomar signos vitales Dar confort Administrar medicamentos indicados por el médico Dar educación individual Registrar en ficha clínica Nombre completo	- Paciente habrá recibido buen trato, - informado del procedimiento, - controlado sus signos vitales, - sido confortada, - recibido medicamentos indicados por el médico, - recibido educación, - registro en ficha clínica

Continúa en la página siguiente....

...continuación del cuadro N° 4

Standard	tipo dato	Excepción	Aclaraciones
- 100%	P	--	Indicación Reg. 0
- 100%	P	--	Entregará educación según competencia
- 100%	P	--	Se entiende por buen trato:
- 100%	P	--	- saludar
- 100%	P	--	- Identificar paciente por nombre
- 100%	P	--	- Escuchar activamente
- 100%		--	- Dar respuesta coherente
- 100%		--	- Dar indicaciones claras

CUADRO N°5: Para la evaluación de los criterios elaborados se descubrieron los siguientes indicadores

Descripción indicador	Formato	Fuente de datos
<p>3 de pacientes que reciben buen trato en el Hosp. en los servicios de pediatría y Gine. y Obstetricia</p> <p>3 de pacientes hospitalizados que reciben medicamentos según indicación médica</p>	<p>N° de pacientes que reciben buen <u>trato</u></p> <p><u>Total de pacientes hospitalizados en los serv. de Pediatría y Ginecología</u></p> <p>N° de pacientes hospitalizados que reciben medicamentos según <u>indicación médica</u></p> <p><u>N° total de pacientes que recibieron medicamentos según indicación médica</u></p>	<p>Encuesta</p> <p>Libro de registro</p> <p>Ficha clínica</p>

GRUPO N° 4 **Compuesto por Médicos, Matrona y enfermeras: Nivel Profesional**

Y.- Lluvia de ideas. Problemas, de acuerdo a las categorías estipuladas.

Problemas de ORGANIZACION

- Lentitud en la entrega de las fichas clínicas por parte del Archivo de SOME¹ a los funcionarios del Consultorio Externo del Hospital San José de Melipilla
- Comunicación no oportuna de los niveles jerárquicos y dentro del equipo de salud
- Desconocimiento de las política de salud por parte de los funcionarios del Consultorio Externo
- Excesiva tramitación del paciente para lograr atención de salud en el Consultorio Externo
- Escasa capacitación técnico-administrativo de los programas E.T.S. a las matronas del Consultorio

Problemas de ESTRUCTURA

- Escasez de recursos en el Consultorio Externo

Problemas ASISTENCIALES

- Atención despersonalizada por parte de los funcionarios del equipo de salud del Consultorio Externo

Problemas MIXTOS

- Excesiva espera de los pacientes desde la entrega del AD-R², hasta obtener la atención médica en el Consultorio Externo
- Insuficiente información entregada al usuario por el equipo de salud del Consultorio Externo
- Ausencia de la participación del usuario en el proceso de

¹ Ventanilla de entrega de horas para consultas médicas.

² Bono atención a personas de escasos recursos.

mejoramiento de la atención de salud en el Consultorio Externo

- Educación insuficiente al usuario, en relación a su patología crónica

- Alto N° de rechazos médicos y odontológicos de usuarios en Consultorio Externo

CUADRO N° 1

Problemas	% Simple	% Acumulado
Excesiva espera de los pacientes desde la entrega de su AD-R, hasta obtener su atención médica en el Consultorio Externo del Hospital San José	22,1	22,1
Atención despersonalizada por parte de los funcionarios del equipo de salud del Consultorio Externo	21,3	43,4
Excesiva tramitación del paciente para lograr una atención de salud en el Consultorio Externo	20,9	64,3
Insuficiente información entregada al usuario por el equipo de salud del Consultorio Externo	19,3	83,6
Alto N° de rechazos médicos y odontológicos de usuarios en el Consultorio Externo	16,4	100

II.- El problema y sus causas en el esquema Ishicawa

En el caso de este grupo de profesionales, concluyeron que podían hacer poco frente al problema de la tardanza en la entrega de los AD-R. Y por ello decidieron trabajar con el siguiente problema elegido.

III.- De acuerdo a lo explicado se desarrolló los siguientes cuadros.

CUADRO N°2: De acuerdo con el problema seleccionado se realiza el siguiente análisis.

Problemas	Criterios	Standard	tipo dato	Excepción	Aclaraciones
Atención despersonalizada al usuario del Consultorio Externo	Los usuarios del Consultorio Habrán recibido una atención personalizada en el Consultorio Externo	100%	R	NO HAY	Atención personalizada es: Trato cortés, realizar labores con esmero, dar información completa, respeto a la individualidad, empatizar con el usuario, privacidad

CUADRO N° 3: Para el problema seleccionado se determinan las siguientes causas y sus respectivos criterios

Causas	Criterios	Standard	Tipodato	Excepción	Aclaraciones
Desconocimiento de la Norma del Buen trato. Art. 55	1.1 Los funcionarios del Consultorio Externo habrán conocido las Normas 1.2 Los mismos funcionario habrán internalizado aquellas Normas 1.3 Los funcionarios habrán aplicado la Norma del buen trato.	100% 100% 100%	P P P	N O H A Y	El Art. 55 define: Trato cortés Trabajo hecho con esmero Eficiencia Los objetivos del trabajo

CUADRO N°4: En el que se elaboran criterios evaluativos

Proveedor	Producto	Requisitos de Calidad	Criterios de Evaluación
Odontólogo Laboratorista dental Auxiliar dental Secretaria Auxiliar de aseo	Paciente atendido	Buen trato Ficha dental completa Examen bucal completo Diag. Acertado Plan de tratamiento adecuado Educación preventiva Citación oportuna Nombre del profesional completo	El paciente Habrá recibido buen trato, su ficha registrará la atención completa el examen bucal será completo su diag. será acertado su tratamiento será el adecuado todo paciente recibirá educación preventiva Se le citará en forma oportuna El médico registrará todos sus datos en ficha

Continúa en la siguiente página...

... continuación del cuadro N°4...

Standard	tipo de dato	Excepciones	Aclaraciones
100%	P		Se entiende por buen trato:
100%	P		- saludar al usuario
100%	P		- mirarlo a la cara
100%	P		- llamarlo por su nombre
100%	P		- no tutearlo
100%	P	Necesidad de exámenes complementarios	
100%	P	Carencias de insumos adecuados	
100%	P		

CUADRO N°5: Para la evaluación de los criterios elaborados se descubrieron los siguientes indicadores

Nombre del indicador	Formula	Fuente de datos
1.- % de pacientes que recibieron buen trato	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que recibieron buen trato}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}}$	Encuesta y observación Registro diario
3.- % de pacientes atendidos que se les realizó el examen bucal completo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos que se les realizó examen bucal completo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que se les realizó examen bucal}}$	Ficha dental Ficha dental
5.- % de pacientes que recibieron tratamiento adecuado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que recibieron tratamiento adecuado}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que recibieron tratamiento}}$	Ficha dental Ficha dental

GRUPO N° 5 Compuesto por Técnicos Paramédicos y Auxiliares Paramédicos

Y.- Lluvia de ideas. Problemas de acuerdo a las categorías estipuladas

Problemas de ORGANIZACION

- Ausencia de capacitación del personal de farmacia en el Hospital de Melipilla
- Inadecuada distribución de funciones del personal del poli-maternidad del Hosp.
- Inadecuada distribución de personal del SOME del Hosp.
- Insuficiente comunicación entre los jefes y subalternos del Hosp.

Problemas de ESTRUCTURA

- No hay baño en farmacia del Hosp.
- Insuficientes Odontólogos en operatoria de adultos del Hosp.
- Insuficientes odontólogos para las urgencias del Hosp.
- Carencia de lugar apropiado para la colación en poli. del Hosp.
- Insuficiencia de materiales de escritorios en el SOME del Hosp.
- Insuficiencia de personal en el poli-maternidad del Hosp.
- Insuficiente personal en la oficina de SOME del Hosp.
- Insuficiencia de horas en atención médica en el poli-pediatría del Hosp.
- Insuficiente N° de Boxes, para la atención de pacientes en el Hosp.
- Insuficientes insumos en el Servicio de Rx del Hosp.

- Carencia de especialistas en tratamiento de endodoncia en el Serv. dental del Hosp.

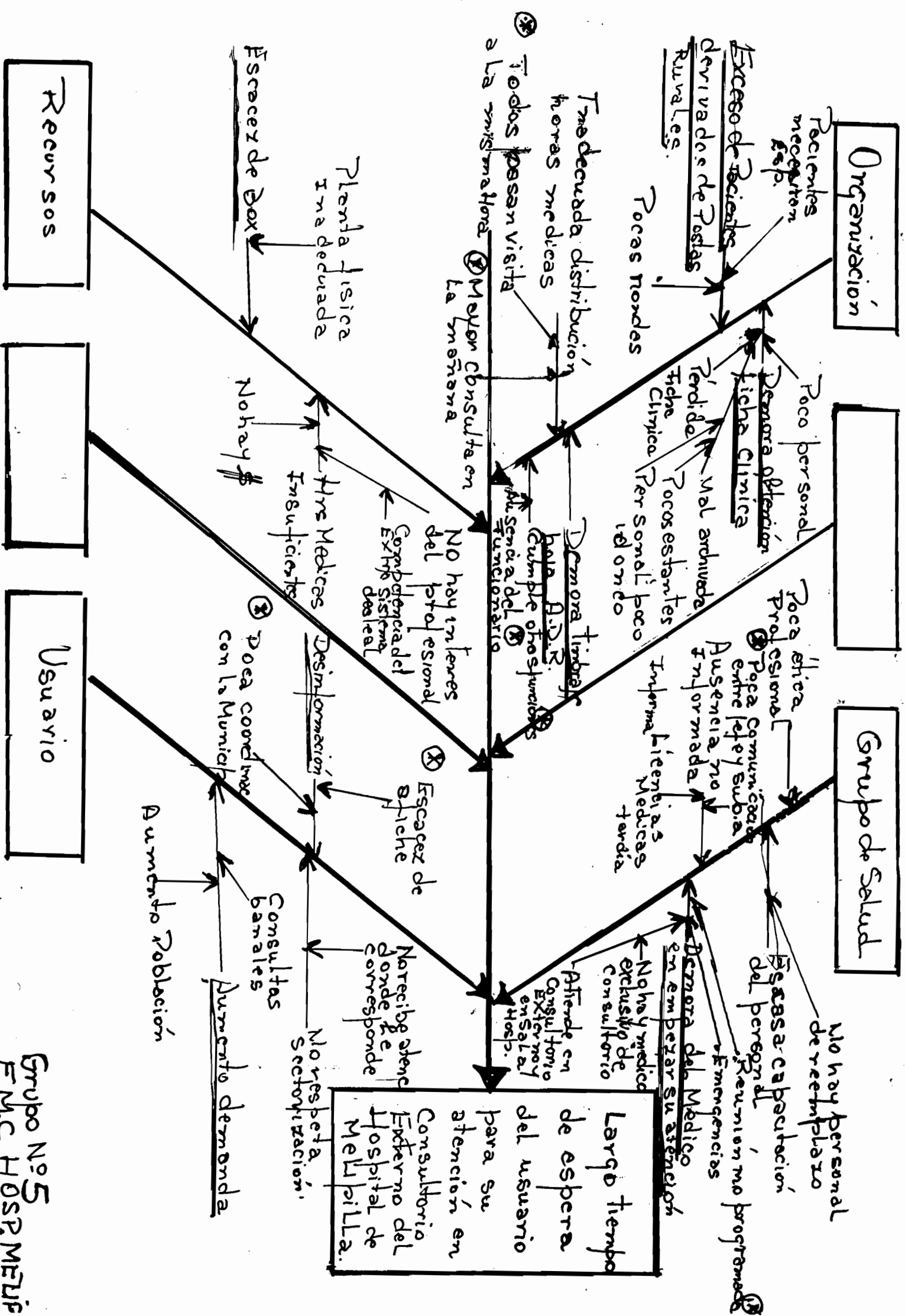
Problemas MIXTOS

- Espacio inadecuado para trabajar en farmacia del Hosp. E/O
- Alto N° de rechazos en el poli de adultos del Hosp. A/E
- Reiterados incumplimientos del paciente con sus obligaciones en el Hosp. A/E
- Mucha tramitación hacia el paciente en el poli-pediatría del Hosp. A/O
- Larga espera del usuario para la atención del paciente en el consultorio externo del hosp. A/O
- Excesiva demanda de usuarios para exámenes de Rx en el Hosp. A/O
- Inadecuado sistema de dación de horas en Rx en el Hosp. A/O
- Larga lista de espera de usuarios en el serv. dental del Hosp. A/O

CUADRO N° 1

Problemas	%	%
	Simple	Acumulado
Insuficiente comunicación entre el jefe y el subalterno del Hospital de Melipilla	22,6	22,6
Alto N° de rechazos en Poli-adultos en el Hosp.	20,8	43,4
Inadecuado sistema de dación de horas en Rx del Hosp.	20,2	63,6
Larga lista de espera de usuarios en el Serv. dental del Hosp.	19,0	82,6
Espacio inadecuado para trabajar en la farmacia del Hosp.	17,4	100

II.- El problema y sus causas en el esquema Ishicawa
EL GAVRO CONSIDERÓ DIFÍCIL TRABAJAR CON UNO
DE LOS PROBLEMAS ELEJIDOS, POR ELLO ESCOGIÓ OTRO
PROBLEMA A SU ALCANCE .



Grupo N° 5
E.M.C HOSR MELIP

III.- De acuerdo a lo explicado se desarrollan los siguientes cuadros.

CUADRO N° 2: De acuerdo al problema seleccionado, se realiza el siguiente análisis.

Problema	Criterios	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaración
Largo tiempo de espera del usuario para su atención en el consultorio externo del Hosp.	Los usuarios del consultorio externo del Hosp. No habrán esperado más de 1 Hr para su atención.	80%	P	no hay	hay no

CUADRO N°3: Para el problema seleccionado se determinaron las siguientes causas y sus respectivos criterios

Causas	Criterios	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaración
<p>Todos los médicos visitan a los hospitalizados a la misma hora</p>	<p>Los médicos habrán pasado visita en sala en horario alternado</p>	<p>100%</p>	<p>R</p>	<p>no hay</p>	<p>Se entiende por horario alternado: el 50% de los médicos atenderá a 1ª hora el consultorio y el otro 50% en sala de Hosp.</p>

CUADRO N° 4: En el que se elaboran criterios evaluativos

Proveedor	Producto	Requisitos de calidad	Criterios de evaluación
Técnico Paramédico Oficial administrativo	Paciente recibido paciente preparado paciente atendido	Buen trato Posición correcta del Paciente según examen Rx Aplicar técnica radiológica correctamente Verificar posición y revelado apropiado de la imagen Entregar el examen Registro completo de toda la atención	Los pacientes atendidos habrán: recibido buen trato, sido colocados posición correcta según examen Rx, aplicada la técnica radiológica correctamente, revelado Rx correctamente verificado la buena posición y revelado apropiado de al imagen entregado el examen oportunamente Y registrado la atención efectuada en forma completa

Continúa en la siguiente página...

...continuación del cuadro N°4...

Standard	tipo dato	Excepción	Aclaración
100%	P		Buen trato:
100%	P	Pacientes con anatomía deficitaria	- Llamar por el nombre
100%	P		- Mirarlo a la cara
100%	P		- Explicar el procedimiento a seguir
100%	P		
100%			
100%			

CUADRO N° 5: Para la evaluación de los criterios elaborados se descubrieron los siguientes indicadores

Descripción del indicador	Formato	Fuente de datos
<p>3 de pacientes atendidos que recibieron buen trato</p> <p>Revelados de las placas afectuados correctamente</p>	<p>N° de pacientes atendidos que recibieron buen trato</p> <p><u>Total de pacientes atendidos</u></p> <p>N° revelado de placas correctamente</p> <p><u>Total de placas reveladas</u></p>	<p>Encuestas al usuario</p> <p>Observación</p> <p>Informes diarios</p> <p>Observación</p> <p>Informe placa resultado positivo y resultado negativo</p>

GRUPO N° 6 Compuesto por Auxiliares Paramédicos

I.- Lluvia de ideas. Problemas de acuerdo a las categorías estipuladas

Problemas de ORGANIZACION

- Poco conocimiento del usuario respecto del funcionamiento del Sistema de Salud Local del Hosp. San José de Melipilla
- Poca claridad en la asignación de funciones al personal en el Hosp.
- No hay difusión comunal, vía Junta de Vecinos, del funcionamiento del Hospital.
- Larga espera de los pacientes en el servicio de Urgencia del Hospital.
- Inadecuada organización en el sistema de atención en el consultorio externo, del Hospital.
- Alto \approx de consultas banales en el servicio de urgencia del Hospital.
- No hay reconocimiento del equipo de salud a la labor realizado por algunos de sus miembros en el Hospital.
- Incumplimiento de la jefaturas en relación a mejorar el funcionamiento del servicio de Urgencia del Hospital.
- Escaso periodo de orientación por parte del jefe al personal que se incorpora al Hospital.
- Escaso conocimiento del reglamento interno en cada servicio del Hospital.
- Escasa comunicación entre el personal del servicio de Urgencia del Hospital.
- Personal se siente presionado en el servicio de Urgencia del Hospital.
- No hay suficiente supervisión al personal por el jefe de turno del Hospital.
- Inadecuada coordinación en el trabajo del equipo de salud del servicio de urgencia del Hospital.

Problemas de ESTRUCTURA

- Escasos especialistas en el consultorio externo del Hospital.
- Pocos médicos para atender pacientes en todo el Hospital.
- Insuficientes vehículos para transportar pacientes en el Hospital.
- Escasos médicos y personal de colaboración en el Hosp.
- Escasos recursos insumos, en todos los servicios del Hospital.

Problemas ASISTENCIALES

- Poco tiempo para la atención directa en el Hosp
- Largo tiempo de espera en la atención del paciente de adulto en el consultorio externo del Hosp.

Problemas MIXTOS

- Excesiva demora en la atención por parte del médico en el servicio de Urgencia del Hosp.
- Alimentación insuficiente para el personal del Hosp.
- Alto % de rechazo de paciente en el consultorio externo del Hosp.
- Largas esperas de los usuarios para la atención médica en el policlínico de medicina, pediatría y maternidad del Hosp.

CUADRO N° 1

Problemas	%	%
	Simple	Acumulado
Largo tiempo de espera en la atención del paciente de morbilidad adultos en el consultorio externo del Hosp.		
Larga espera de los usuarios para la atención médica en el policlínico de medicina, pediatría y maternidad del Hosp.		

II.- El problema y sus causas en el esquema Ishicawa

III.- De acuerdo a lo explicado se desarrollan los siguientes cuadros.

CUADRO N° 2: De acuerdo al problema seleccionado se realiza el siguiente análisis.

Problemas	Criterios	Standard	Tipodato	Excepciones	Aclaración
Larga espera de los usuarios para la atención médica en policlínico de pediatría y maternidad	Se habrá reducido el tiempo de espera a 2 hrs. de los usuarios del policlínico de pediatría y maternidad	80%	R	Accidentes masivos	No Hay

CUADRO N° 3 : Para el problema seleccionado se determinan las siguientes causas y sus respectivos criterios.

Causas	Criterios	Standard	Tipo dato	Excepción	Aclaración
Reuniones no programadas	- Se habrá establecido un calendario de reuniones, Se habrá difundido a todos los funcionarios del policlínico de medicina, pediatría y maternidad tal calendario, Se habrá evaluado dicho calendario al cabo de dos meses	100%	E	Licencias médicas	Reconocimiento Público
Escaso incentivo	Se habrá creado un estímulo para todos los funcionarios que aporten nuevas ideas	100%	E y R		

CUADRO N°4: En el que se elaboran criterios evaluativos

Proveedor	Productos	Requisitos de Calidad	Criterios de Evaluación
Tecnólogo Médico <u>Técnico paramédico</u> Aux. de Servicio Oficial Administrativo	Toma de <u>muestra realizada</u> Examen realizado Material preparado Indicaciones entregadas al usuario Examen recepcionado	Buen trato al paciente, Informar al paciente del procedimiento a realizar, Toma de muestra según la norma, Información al usuario de cuando retirar el examen, Registro completo de la actividad realizada, Nombre completo de la persona que ejecuto el proceso	Todos habrán recibido un trato adecuado, habrán, sido informado del procedimiento a efectuar, la toma de muestra será según norma, se le informará al paciente de la fecha de entrega del examen, toda actividad realizada será registrada completamente en el libro, se habrá registrado el nombre completo del funcionario que ejecuto el procedimiento

La información que debiera seguir no se encuentra ya que el trabajo esta incompleto.

ALGUNAS DEFINICIONES LOGRADAS EN EL TRABAJO CON LOS GRUPOS

Para finalizar esta recolección de datos, presentaremos algunas definiciones del significado de *trabajo de equipo* hechas por los grupos. El presentarlas al final, todas agrupadas, cumple con dos objetivos: soslayar la falta de algunas y comparar las diferencias y similitudes de las descritas.

El grupo N°1 definió trabajo en equipo como:

"Un grupo de personas multidisciplinario u homogéneo que: programa, ejecuta y evalúa en conjunto, con Objetivos y metas comunes; y en el que los miembros aportan técnicamente con experiencias, ideas, opiniones y lo hacen con eficiencia, responsabilidad, altruismo, respeto, colaboración y afecto , en forma participativa, con buena comunicación y haciendo crítica constructiva".

Y el grupo N°3 como:

"Trabajo realizado en forma eficiente, con la participación de un grupo multidisciplinario, relacionado entre si. Donde todos se apoyan. Con un objetivo común, para obtener un buen resultado".

Y el grupo N°4 como:

"Es el trabajo de un grupo de personas que participan activamente, coordinando las actividades, aportando sus ideas, respetando las opiniones de cada uno de ellos, para lograr acuerdos que llevan a conseguir un objetivo común".

Y el grupo N°6 como:

“Es la participación de personas perteneciente a los diferentes establecimientos, basados en una propuesta común elaborada por el grupo, con compromiso personal de respeto y valoración de las opiniones de cada uno”.

(LAS DEFINICIONES DE LOS GRUPOS 2 Y 5 NO SE ENTRGARON)

REFLEXIONES FINALES

Toda reflexión que se pueda dar sobre esta experiencia académica, pasa por la motivación en cada uno de los participantes, en la medida que reconocen aquellos elementos de un problema, cuya solución está al alcance de su mano, y por consiguiente, donde resulta más fácil adquirir un compromiso específico y responsabilizarse por su cumplimiento. Resulta ser la moraleja de este cuento, aprender en ambos sentidos (el académico y el de la propia gente) que existen algunos ámbitos de un problema cuya salida es de exclusiva responsabilidad de cada uno de los actores que se relacionan con dicho problema, y más importante aún, quienes lo descubren son ellos mismos.

Motivación que además se entrecruza con el tipo de relación que se tiene con la autoridad establecida, pues en la medida que se cuenta con el apoyo de ésta, que en el caso de este trabajo resultaban ser los impulsores, se crea el espacio de decisión que hace viable y legítima la acción de los grupos y de las individualidades que los componen. Elemento sin el cual sería infructuoso, desalentador y creador de falsas expectativas.

No se puede desconocer que el compromiso que se descubre pasa también por el descubrimiento de un **espacio de poder** de decisión, que aunque pequeño, da un grado de desenvolvimiento.

En esta reflexión debemos separar dos momentos, y que a la distancia se ven con más claridad. Uno es el momento del descubrimiento, cuando ellos perciben que está en su mano el poder cambiar las cosas, y otro, cuando observando la realidad prefieren no hacer cambios o realizar los más simples, quizás lo imperceptible. En términos generales queda la sensación que el cambio es un tema difícil de tratar y de incorporar a las dinámicas habituales y cotidianas de la gente, es por ello que en general se tratan temas referidos a la "asistencia de los

beneficiarios de la salud" y no otros más complejos referidos a costos o gestión. Además el cambio, asociado a la modernización se vincula directamente con inestabilidad laboral, por ello los temas técnicos-tecnológicos no son tomados en cuenta, reaccionando el sistema como cuerpo, defendiendo a cada uno de sus integrantes NO exponiendo el tema, ni positiva ni negativamente.

Otro elemento, que se desprende a partir de los resultados y sin pretender interpretarlos, está en el potencial que ellos guardan, en tanto hacen alcanzable, algo que hasta hoy parecía imposible, como lo es Calidad. Ésta es una percepción que se recoge a lo largo del trabajo con la gente, y en el cómo fueron evolucionando de lo intangible del tema, la abstracción a la que los llevaba, a lo tangible visto en un producto que ellos mismos realizaron, y que está impreso en estas páginas.

Este tipo de experiencias no tan sólo nos entrega elementos que confirman a metodologías cualitativas como formas de investigar y trabajar con la gente, sino que también nos entregan, de paso, elementos de participación tangibles, al depositar en cada una de las decisiones de cada actor frente a la posibilidad de resolver una parte de un problema aportando desde su visión y rol, un grado de poder, de autoridad y de identificación tanto frente a su grupo como frente a si mismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Berger P. y Lukmann, T. La construcción Social de la Realidad. Buenos Aires, Argentina 1993.
- 2.- Beltran M. El Análisis de la Realidad Social: Métodos Y Técnicas. Editorial Alianza 1989.
- 3.- Brunner J.J. Cartografías de la Modernidad. Dolmen 1993.
- 4.- Diprete B., Miller F. Garantía de la Calidad en la Atención Médica en los países en Desarrollo. Managed by Center for the human Service 1992.
- 5.- Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad en la Atención Médica: un texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública, México 1990.
- 6.- Donabedian A. Exploración en Calidad, Aseguramiento y Monitoreo: en un nuevo contexto. 1980.
Presentación y análisis exhaustivos de un modelo analítico para evaluar la calidad de la atención médica en su totalidad, basado en diferentes aspectos de estructura (aporte), proceso (actividades) y resultado (consecuencias finales).
- 7.- Donabedian A. Veinte años de Investigación en torno a la Calidad de la Atención Médica: 1964-1984. Instituto Nacional de Salud pública, México 1988.
- 8.- Gatica J. Integración al desarrollo: balance de la política social. Chile 1990-1993. Ministerio de Planificación 1994.
- 9.- Ibañez J. Más allá de la Sociología. El grupo de Discusión: técnica y crítica. Siglo XXI 1979.
- 10.- Juran J. Calidad en la Atención de Salud. 1964
- 11.- Katz F., y Snow R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud: Manual de supervisión y formación. Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra 1980 cuaderno N° 72.
- 12.- Lee y Jones. Los Fundamentos de la Buena Atención Médica. 1993
- 13.- Marcotti D. ISO9000 Mejorar para lo Nuevo. Documento de trabajo. Chile 1994.
- 14.- Maturana H. El Sentido de lo Humano. Dolmen Ediciones 1994.

- 15.- Palmer R. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria: Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid 1989 cap. III.
- 16.- Palmer R. Garantía de la Calidad en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1990.
- 17.- Rodríguez D. Diagnóstico Organizacional. Editorial Universidad Católica 1992.
- 18.- Roemer M., y Montoya Aguilar C. Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la salud (OMS) Ginebra 1988.
- 19.- Roemer M.I. Evaluación de los Centros de Salud Pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1972.
- 20.- Sapir E. El Lenguaje, Introducción al Estudio del Habla. F.C.E. México 1971.
- 21.- Saturno P. Garantía de la Calidad en la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
- 22.- Taylor S. y Bogdan. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. PAIDOS 1986.
- 23.- Vouri H. Educación y Calidad en los Servicios de Salud: Política de Salud y Educación, 1979.

ORGANISMOS

24.- Boletín Informativo N°4 Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOcc). Dedicado al Aniversario del Hospital San José de Melipilla, 1er Semestre 1993.

25.- J.C.A.H.C. Joint Commission on Accreditation of Hospitals Organization. Transición desde la Garantía de la Calidad, al Mejoramiento de la Calidad, 1992.

26.- Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Integración al desarrollo: Balance de la Política Social, Chile 1990-1993. Chile 1994.

27.- Ministerio de Salud (MINSAL). Balance de la Gestión 1990-1992. Chile 1993.

28.- II Seminario de Capacitación en Gestión en Calidad. Hospital San Juan de DIOS, Junio de 1995.