

ESTRATEGIA GERENCIAL PARA LA SALUD

Camilo Torres Serna



ESTRATEGIA GERENCIAL PARA LA SALUD

Camilo Torres Serna

Médico - Cirujano
Magister en Ciencias (MSC)
Magister en Salud Pública (MSP)
Magister en Dirección Universitaria (MDU)
Profesor Titular de Carrera - Facultad de Salud
Universidad Libre Seccional Cali
catorse@yahoo.com



Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de medicina Especialización y Maestría
en Gerencia de Servicios de Salud

Universidad Libre Seccional Cali
2011

WA525/T693e/2ed/2010

Torres Serna, Camilo

Estrategia Gerencial para la Salud

2 ed. Santiago de Cali : Universidad Libre, c2010

156p.

ISBN: 9789588630540

/Salud pública/Planificación de la salud/Planeación estratégica/Administración de la salud/Gerencia de servicios de salud/ Publicaciones de la Universidad Libre, Seccional Cali/

Estrategia Gerencial para la Salud

© Universidad Libre Seccional Cali

© Autor: Camilo Torres Serna

2a. Edición 300 ejemplares

Cali, Colombia - 2011

ISBN: 978-958-8630-54-0

Directivas nacionales

Francisco Sierra Reyes

Presidente nacional

Nicolás Enrique Zuleta Hincapié

Rector nacional

Benjamín Ochoa M.

Censor nacional

Directivas seccionales

Esperanza Pinillos Saavedra

Delegada Personal del Presidente Nacional

Jaime Gutiérrez Grisales

Rector seccional

Gilberto Aranzázu

Síndico Gerente

Omar Bedoya Loaiza

Secretario seccional

Gilberto Aranzazu M.

Censor seccional

Nestor Hugo Millan

Director Maestría Gerencia de Servicios de Salud

Araldo Ríos Alvarado

Director Centro Seccional de Investigación

Comité Editorial

Jaime Gutierrez

Luis Edilberto Blandón

Federico González

María Fernanda Jaramillo G.

Araldo Ríos A.

Dirección Editorial

María Fernanda Jaramillo G.

Diagramación e impresión

Artes Gráficas del Valle S.A.S.

Tel. 333 2976

Distribuye

Universidad Libre Seccional Cali

Departamento de Publicaciones

Diagonal 37A No. 3-29

Tel: 524 00 07 Ext. 43 15 - 43 16

**La responsabilidad de los textos contenidos en esta publicación
es exclusiva de(l) (os) autor(es).**

**Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio fotográfico o digital,
incluyendo las lecturas universitarias, sin previa autorización de(l) (os) autor(es).**

Contenido

Características Gerenciales del Manual Estrategia para la Gerencia en Salud.....	9
Introducción.....	11
Capítulo 1	
Marco introductorio.....	13
Orientación a la producción	13
Orientación al producto	14
Orientación a las ventas	14
Orientación al mercadeo	15
Caso.....	24
Las reglas de oro de un gerente general	26
Capítulo 2	
Análisis	31
Planeación estratégica.....	34
Definición de la planeación estratégica	34
Aspectos generales de la planeación estratégica	34
Definición de la misión.....	41
Gerencia de la enfermedad cardiovascular	43
Desarrolle la matriz DOFA de su organización.....	51
Los gerentes que obtienen resultados	52

Capítulo 3

La adaptación	55
Síndrome de las ranas cocidas	59
La resistencia al cambio.....	60
¿Por qué la resistencia al cambio en las instituciones de salud?.....	60
Gerentes del cambio en salud	61
Un programa de cambio	62
Estrategias para la planificación del cambio	
El gerente y el cambio.....	67
Una actividad de discusión	67

Capítulo 4

Activación.....	83
Distribución	84
Comunicaciones	85
Propaganda	86
Promocionar servicios	87
Merchandising.....	87
Relaciones públicas.....	87

Capítulo 5

Auditoría	91
Mercadeo interno	91
Conocer al cliente	92
Uso de diagramas de flujo	102
Cómo hacer un diagrama de flujo de un proceso	103
Definición de los requisitos y los resultados esperados.....	104

*"El no puedo es un pretexto,
el motivo es un no quiero".*

Séneca

Características Gerenciales del Manual Estrategia para la Gerencia en Salud

Si observa la tabla de contenido y los planteamientos del presente manual podrá darse cuenta de que:

- Es un libro desarrollado con metodología interactiva, que tiene tipo y tamaño de letra agradables para la lectura, intercalando notas gráficas humorísticas (*comics*) relacionadas con el comportamiento de la organización y pertinentes al tema, con teorías y lecturas para reflexionar y automotivar, con ejercicios individuales y de grupo para aplicación de cada tema.
- Desarrolla una estrategia gerencial con esquemas de mercadeo, que realiza los siguientes pasos: análisis de la situación, adaptación de un producto para esa situación (vacunación, educación, terapia, entre otros), activación de ese producto (puesta en marcha del programa) y auditoría (evaluación y control).
- Una de las grandes debilidades de nuestros sistemas gerenciales son la evaluación y el control. No nos gusta que nos controlen y siempre lo consideramos "un castigo"; cuando realmente no podemos mejorar nuestro desempeño sino evaluamos lo que estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo. Por esta razón, el capítulo de auditoría (evaluación y control) trata de ser exhaustivo y expone diferentes métodos de control, ejemplos, ejercicios y artículos seleccionados de escritores expertos.
- El manual está hecho para acompañar talleres de gestión administrativa dirigido a funcionarios de cualquier campo de la salud.
- A pesar del ideal anterior, realización de talleres, es factible utilizar el manual para autocapacitación, siempre y cuando el lector tenga la dedicación que se requiera para la ejecución de las tareas.

INTRODUCCIÓN

Debemos iniciar diciendo que las organizaciones necesitan administradores y gerentes líderes, es decir, personas que:

- Estén conscientes de una misión.
- Tengan actitud positiva.
- Quieran ser y no solo tener.
- Tengan apertura al cambio.
- Tengan sensibilidad.
- Sean capaces de asumir riesgos.
- Tomen decisiones y puedan delegar sin perder el control.
- Tengan una comunicación efectiva, de doble vía y con destreza para motivar.
- Puedan trabajar en equipo.
- Tengan el compromiso de lograr un mundo mejor. Cualquier esfuerzo por lograrlo es poco.

Capítulo 1

MARCO INTRODUCTORIO



Orientaciones de una organización

Las organizaciones de cualquier tipo pueden tener al menos cuatro orientaciones, sin que necesariamente una de ellas no pueda tener un compuesto de las demás.

Estas orientaciones aplicadas a la salud pueden describirse así:

Orientación a la producción

Sostiene que la tarea principal de una organización, es buscar la eficiencia en producción y distribución.

La mayoría de servicios de salud del Estado tienen este tipo de orientación, por ejemplo, es frecuente planificar las consultas médicas con el concepto de: "Se deben atender cinco pacientes por hora".

Una característica importante de esta orientación es esgrimir cifras como parámetros de eficiencia, típica producción.

Por ejemplo: una EPS atiende un millón de afiliados diariamente, despacha 900.000 fórmulas, asiste 10.000 partos, entre muchos procedimientos médicos. ¿y la calidad de lo que hace? ¿Y la satisfacción del usuario?

Orientación al producto

Señala que la tarea principal de una organización es hacer ofertas bajo la certeza que serán buenas para el público. Es preparar un magnífico producto de tal manera que la gente lo busque.

Es una orientación muy común en la salud:

- Clínica de columna: sólo le interesa la columna del paciente. Los problemas oculares, por ejemplo, debe solucionarlos en otro tiempo y lugar. Igual cualquier otro problema de salud.
- Clínica oftalmológica: por el contrario, sólo le interesa el ojo, cualquier otro problema corresponde a otro lugar.
- La liga de lucha contra el cáncer: sólo promociona un producto llamado "no cáncer".

A pesar de que usualmente se logra un excelente servicio especializado, la despersonalización de esta orientación es significativa y la división corporal bastante odiosa. Además eleva los costos de la salud.

Orientación a las ventas

- Postula que la principal tarea de la organización es estimular el interés de clientes potenciales a las ofertas existentes en la misma.
- Es una orientación basada principalmente en el hecho de conseguir, cada vez, nuevos clientes.

Por ejemplo, el ofrecimiento de primera consulta gratuita está orientada únicamente a la captación de nuevos clientes, es un sistema muy frecuente en servicios odontológicos, pero que también se realiza en otros campos de la salud, como en los chequeos visuales.

Orientación al mercadeo

Ratifica que la principal tarea de la organización es determinar las necesidades y deseos de los mercados objetivos y satisfacerlos mediante el diseño, precio, comunicación y presentación de ofertas adecuadas y viables desde del punto de vista competitivo.

Su pilar es el buen servicio para desarrollar fidelidad en un producto que genere la recompensa, es decir, la permanencia del cliente con su vendedor (del paciente que compra salud con el médico o profesional de la salud que la "vende").

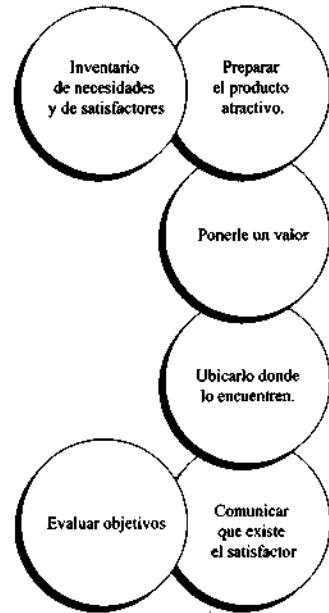
Es la señora que siempre quiere que sus partos sean atendidos por el mismo médico, o en la misma clínica.

¿Cuál es la orientación de su organización? Explique.



La orientación al mercadeo trabaja con una secuencia de hechos conocida como la mezcla de mercadeo:

Parte de la investigación de las necesidades de una persona (por ejemplo: sed) y los satisfactores existentes (agua); con base en ellos se prepara un producto alternativo (jugo, gaseosa, cerveza, café), se le da un valor (precio), se pone a disposición de las personas (en la "plaza", en el mercado), se comunica a la gente que existe (¡promocionarlo!) y finalmente se evalúan los resultados (¿Es agradable el sabor? ¿Es el producto muy caro? ¿muy costoso? ¿difícil de obtener?):



En épocas pasadas, las empresas se esforzaban poco en el mercadeo porque la competencia era escasa, si para calmar la sed, aparte del agua, sólo existía el jugo de naranja, no sería muy difícil vender jugo de naranja. Actualmente la situación es muy distinta y sólo triunfan los mejores. Esto es aplicable también al campo de la salud, ahora aumenta la oferta de servicios y por lo tanto, hay una mayor exigencia de buena prestación de servicios. Las nuevas legislaciones en el campo de la salud (Ley 100) plantean la creación de alternativas para el usuario: **competencia**, lo cual nos obligará a todos a ofrecer mejor nuestro **producto** y en consecuencia, a ejercer una mejor administración, una administración eficiente, planeada, con criterios de mercadeo y servicios.

La mezcla de mercadeo, se conoce en algunos medios empresariales, como el *mix-marketing* y más recientemente como *compuesto de mercadeo*. Es la integración de instrumentos y variables controlables de mercadeo mediante de los cuales la organización intercambia comunicación con el mercado objetivo.

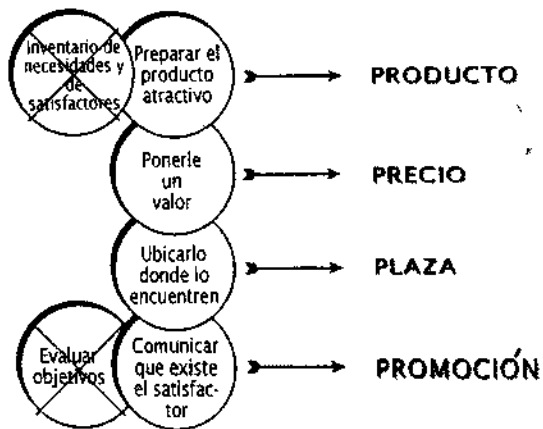
Mercado: es el conjunto de personas con necesidades por satisfacer.

Delimite su mercado.

Existen varios modelos para la mezcla de mercadeo, prácticamente cada autor tiene su propio modelo. El primero, más conocido y tradicional fue descrito por Jerome McCarthy y parte de una investigación del entorno o de un análisis estratégico para concentrar la mezcla de mercadeo en las famosas 4P:

Producto y sus características: empaque, diseño, marca, etcétera.
 Precio.
 Posición o Plaza: más utilizada en español como distribución.
 Promoción: hoy día conocida como la variable comunicaciones, incluye otras P como propaganda, publicidad, etc.

El esquema de las 4P no plantea de manera directa las variables entorno y evaluación, por lo cual, la cadena del mercadeo sería:



Este esquema de las 4P con el desarrollo pleno de las teorías del mercadeo y recientemente se han planteado nuevos esquemas para la mezcla de mercadeo, especialmente para el mercadeo de servicios, por ejemplo, el conocido como el **compuesto de mercadeo de las 4A** o 4 Ases y descrito por Raimer Richers:

Análisis

o **compuesto de información**, incluye el análisis del medio ambiente externo (excluido del esquema de las 4P), la investigación de mercados para detectar demandas no satisfechas y posibilidades de mercados. Permite planear el desarrollo del producto o del servicio.

Adaptación

o **compuesto de servicios**, incluye los factores internos a la organización que basados en el análisis externo (la competencia) determinan el diseño, el empaque, la marca, el precio y los servicios al cliente. Es decir, recoge dos P: producto y precio y agrega la variable servicio al cliente. Es la organización del producto o servicio.

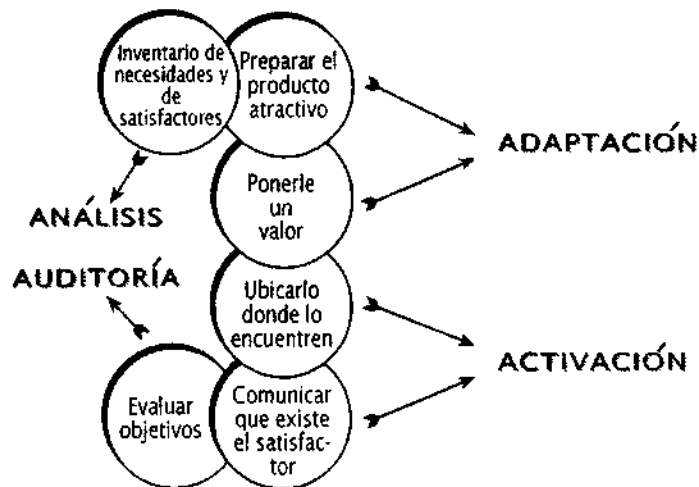
Activación

o **compuesto de comunicación**: es el establecimiento de relaciones con el medio externo, por lo tanto, incluye la distribución (una de las 4P) y logística, la venta propiamente dicha, el mercadeo directo, la publicidad, la propaganda, la promoción (la otra P), el mercadeo puerta a puerta, POP, "merchandising", el telemercadeo, la visita médica, las relaciones públicas y todas aquellas estrategias que puedan utilizarse para dar a conocer el producto.

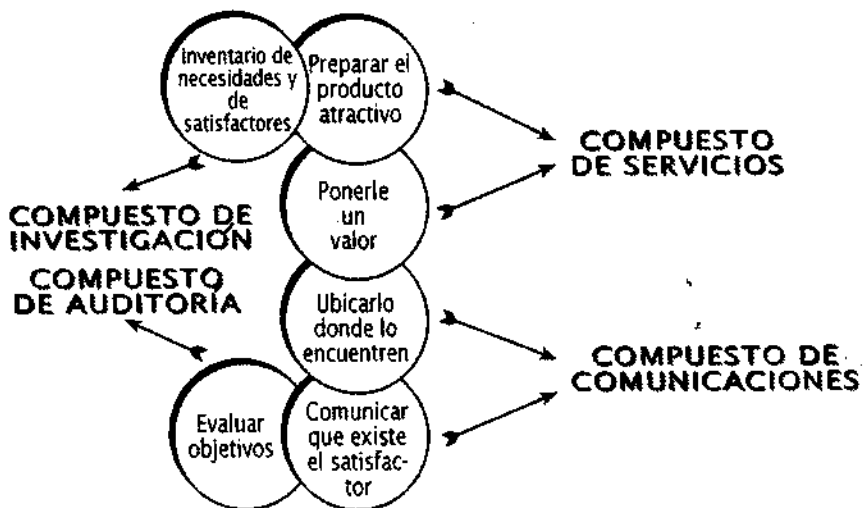
Auditoría

o **compuesto de evaluación y control**: es el análisis interno del cumplimiento y ejecución de estrategias. El control es operativo, cuando va dirigido a que se hagan las cosas, o estratégico, cuando se evalúa el cumplimiento de metas para rediseñar la estrategia. Es la verdadera dirección del producto o servicio.

La cadena quedaría:

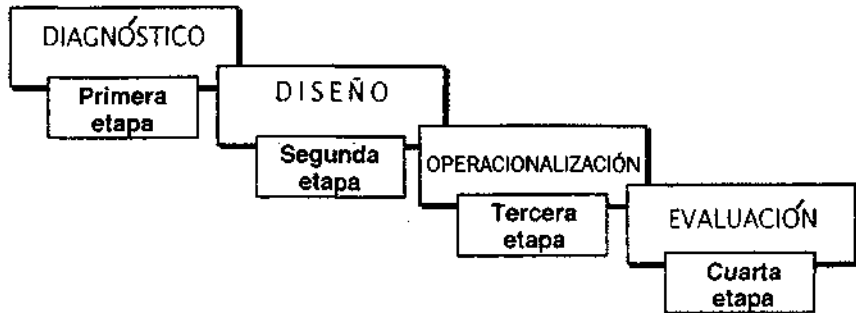


En el fondo, todos los esquemas -4P, 4A, 4C, 8C, y más, contienen o utilizan las mismas variables y sólo son formas didácticas de aplicar un método o compuesto de planeación. La siguiente cadena es otra manera de decir lo mismo.



En todos los esquemas, lo fundamental es tener el concepto de las variables.

Por ejemplo, Ospina y Rey de Ascofame, al hablar de planeación estratégica plantean cuatro etapas:



Las cuales corresponden al mismo proceso. Este manual lo desarrollaremos utilizando el esquema de las 4A.

La misión principal de una organización ESE, sea un consultorio, un hospital, una clínica, una EPS, una IPS, una ESE, u otra, es la de ofrecer (¿vender?) un producto que cree pacientes (¿clientes?) satisfechos, saludables y con la mejor calidad de vida (AVISA). Una institución puede intentar cubrir todos los aspectos de la salud o delimitar su servicio a las áreas que considere pertinentes a sus capacidades, al entorno, o a la filosofía social, así una institución puede dedicarse a atender sólo consulta general por no tener capacidad de hospitalización, a atender sólo urgencias debido al exceso de ellas en el ambiente o a prestar rehabilitación de sordos por sentido social. Cada una de ellas requiere y debe tener una gerencia adecuada para el producto salud y una gerencia óptima exige con toda seguridad, una adecuada mezcla de mercadeo, ¡llámese así o no!

A estas alturas de la vida usted debe tener claro qué es:

EPS: _____

IPS: _____

POS: _____

AVISA: _____

ESE: _____

¿Tiene usted un producto? ¿Cuál piensa usted que es su producto?

Describa los aspectos determinantes de las características del entorno en el cual usted va a desarrollar su producto.

¿Qué estrategias de comunicación utiliza para su producto?

Qué evaluaciones realiza usted para definir las características del entorno:

La aceptación del producto:

El acceso de los usuarios a su producto:

Para obtener una idea global del desarrollo de un plan estratégico, haga el siguiente ejercicio:

Utilizando el esquema de la mezcla de mercadeo, prepare una campaña contra el tabaquismo:

1.- Análisis del problema:

2.- Recomendaciones sobre el producto y sobre el precio:

3.- Recomendaciones sobre la activación del uso del cigarrillo (distribución y promoción):

4.- Recomendaciones de control:

Caso

El siguiente es un caso de frecuente discusión en cursos de administración de empresas en todo el mundo. Se espera que usted lo analice y proponga de sus conclusiones.

The animal Trap Company

"Si construyes la mejor ratonera, el mundo abrirá un sendero hasta tu puerta". Todos nosotros hemos oído este fragmento de filosofía casera, pero Chester M. Woolworth le ha prestado más atención que cualquier otra persona. Woolworth es presidente de la Animal Trap Company of America, de Lititz, Pennsylvania, que fabrica más ratoneras que ninguna otra compañía.

Empezando en 1928, la Animal Trap Company ha producido millones de ratoneras convencionales a 5 centavos (ahora 7 centavos) que han llegado a ser tan familiares como la pala de recoger la basura. Cada vez que el señor Woolworth se reunía con amistades comerciales en acontecimientos sociales o de negocios, la conversación desembocaba frecuentemente en la familiar pregunta: "¿Cómo marcha el negocio?" Cualquiera que fuese la respuesta, el señor Woolworth siempre recibía el inevitable consejo: "Construye la mejor ratonera y el mundo abrirá un sendero hasta tu puerta".

La Animal Trap Company aceptó el reto para producir la mejor ratonera. No se embarcó en su nuevo producto irreflexivamente. Investigó con cui-

dado los hábitos de los ratones: su alimentación, su modo de moverse y descansar y los tamaños de los agujeros preferidos. Después de muchos modelos experimentales, que fueron cuidadosamente probados con ratones de varias formas y tamaños y entregados a grupos de clientes para ensayarlos, el señor Woolworth decidió que la ratonera podía ser finalmente ofrecida al mercado.

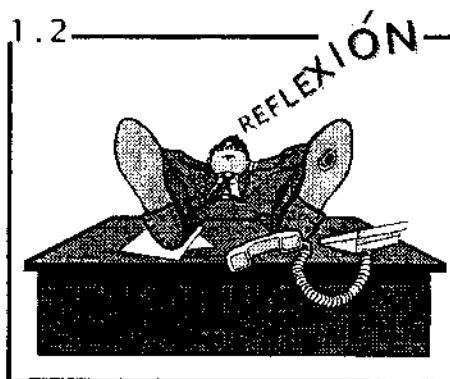
La nueva trampa, era un pequeño dispositivo muy bien acabado con la apariencia de una bañera para bebés invertida en miniatura, con forma cónica y bordes redondeados. Tenía un aspecto moderno y aerodinámico, moldeada en plástico negro.

Tenía un agujero del tamaño exacto para permitir la entrada del ratón, quedando como máximo su cola fuera. Cuando el animal roía el cebo, de muy fácil colocación, se disparaba el muelle que lo atrapaba con habilidad por la garganta, causándole casi instantáneamente la muerte por estrangulación. Bastaba después sólo que alguien presionara el muelle por arriba, y el ratón podía ser fácilmente retirado.

La nueva trampa funcionaba maravillosamente. Nunca fallaba. Era limpia, silenciosa, sanitaria y relativamente barata (12 centavos). Era moderna. Era sencilla y segura su operación. Un considerable muestreo de clientes que la habían probado dijeron que era espléndida. Por primera vez en su vida, el señor Woolworth ansió tener oportunidad de hacer oír el antiguo y exasperante consejo acerca de fabricar la mejor ratonera. Esta vez no sólo tendría una respuesta, sino también unos redondos beneficios para apoyarla.

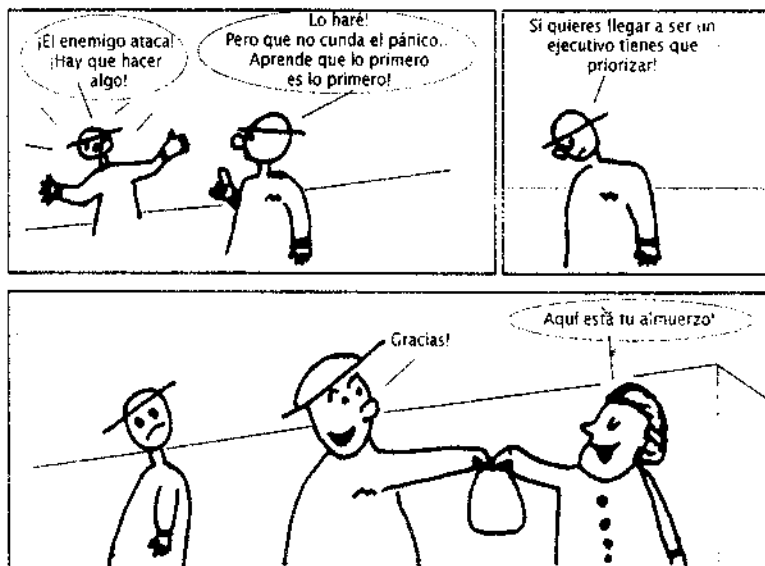
La nueva ratonera resultó un fracaso colosal. Analice los posibles errores desde el punto de vista de mercadeo.

Las reglas de oro de un gerente general



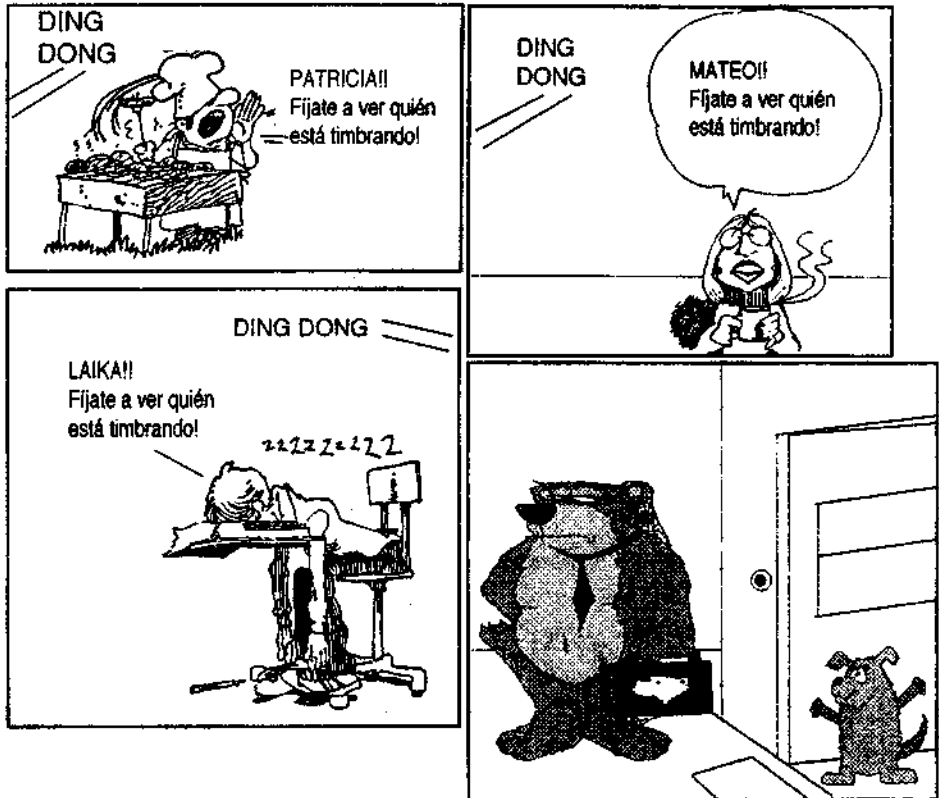
No. 1. Saber ordenar las prioridades

...mi padre me decía: "Pon atención a tu salud; sin ella, tú no tienes nada". La familia viene en segundo lugar; los negocios en tercero. Hay que reconocer y tomar conciencia de las dos primeras prioridades para poder atacar la tercera.



No. 2. Jamás delegar lo esencial

Entre los problemas que se presentan, hay que atacar personalmente los más difíciles. Aquí es donde se reconoce un líder: toma las decisiones difíciles en lugar de dejar que las tome un subalterno o un comité.



No. 3. Exigir mucho

...de sí mismo y de los otros. No transigir. Cuando un líder empieza a transigir y hacer compromisos, compromete toda la organización.

No. 4. Actuar rápido

Reconocer el valor del tiempo. Es mejor hacer cualquier cosa aceptable que no hacer nada.

No. 10. Gozar del trabajo

“Usted no hará jamás nada si no le gusta hacerlo. A mi me gusta trabajar. Yo llego a la oficina alrededor de las 7:00 a.m.; los otros funcionarios lo saben y siguen el ejemplo. Espero que a ellos les guste tanto como a mí”.



Capítulo 2

ANÁLISIS

Una empresa de salud debe buscar el nivel de satisfacción de las necesidades de la población. ¿qué servicios debe ofrecer la organización para ser más atractiva? ¿qué servicios tienen mayor demanda? ¿cuál puede ser la mejor ubicación? ¿cuál es el mejor horario? ¿qué quejas tienen los usuarios de los servicios actuales? ¿qué competencia existe?

El área de la salud usualmente posee informaciones estadísticas que pueden contribuir ampliamente a un buen análisis de mercadeo.

El análisis de su entorno deberá responder múltiples preguntas, por ejemplo:

El mercado y los segmentos del mercado

1. ¿Cuál es el tamaño del territorio cubierto por su mercado?
¿Lo ha determinado usted?
2. ¿Cómo se agrupa su mercado?
¿Es disperso o concentrado?
¿Cuántos segmentos importantes tiene?
¿Cómo están determinados esos segmentos? (demográficamente, por uso de servicio).
3. ¿Es un mercado enteramente urbano o tiene una proporción apreciable de rural?
4. ¿Qué porcentaje paga como asegurado?
¿Qué actitudes y formas de operar tienen los seguros?
¿Son todos ellos igualmente beneficiosos?

5. ¿Cuáles son los efectos de diferentes factores en su mercado?
Edad, ingresos, ocupación.
6. ¿Qué proporción de clientes potenciales están familiarizados con su organización, sus programas y servicios?
¿Cuál es su imagen en el mercado?
¿Cuáles son los componentes más importantes?

La organización

- 1 Breve reseña histórica.
Cuándo y cómo se construyó.
Naturaleza de su crecimiento.
Rapidez y lejanía de la expansión de los distintos mercados (¿desde dónde vienen sus pacientes?).
¿Cuál es la historia financiera de la organización?
¿Cuál es la política básica de la organización (en términos de objetivos).
¿Qué éxito ha tenido en los distintos servicios promocionados?
- 2 ¿Cómo es su organización en comparación al promedio del sector?
- 3 ¿Cuáles son los objetivos y metas de la organización?
- 4 ¿Cuáles son las fortalezas de la organización? (facilidades médicas, el equipo médico, tecnología disponible, buena reputación, capacidades de gestión, capacidad financiera, imagen, entre otras).
- 5 ¿Cómo es el entorno laboral para todo tipo de personal? (disponibilidad de médicos, enfermeros, promotores).
- 6 ¿Hasta qué punto es dependiente la organización de otros sectores?
- 7 ¿Están las debilidades de su organización compensadas con sus fortalezas?
- 8 ¿Cómo está organizada la función de marketing? (estructura, personal especializado, poder de decisión).

- 9 ¿Qué clase de controles externos afectan a su organización?
- 10 ¿Cómo le afectan las últimas tendencias legislativas?

Competidores

- 1 ¿Cuántos competidores hay en el sector? ¿cómo los define? ¿Han aumentado o disminuido en los últimos cuatro años?
- 2 ¿Se basa la competencia en el precio?
- 3 ¿Cuáles son las posibilidades de elección que se ofrecen a los pacientes en servicios y formas de pago?
- 4 ¿Cuál es su posición en el mercado (tamaño y fortaleza) con respecto a sus competidores?

¿Cómo responder las anteriores preguntas?





Planeación estratégica

Adaptación hecha basada en el artículo: "Lineamientos generales para la aplicación de la planeación estratégica a la salud ocupacional en la empresa", del doctor Adolfo León Bolaños, profesor de la Universidad del Valle y publicado en *Avances de medicina social*, Universidad del Valle, Volumen 4 No. 2, de 1994).

Definición de la planeación estratégica

Entre muchas definiciones sobre planeación estratégica, una se ajusta a nuestro propósito: formulación, ejecución y evolución de acciones que permitirán a una organización lograr sus objetivos. La formulación de estrategias incluye la identificación de las debilidades y fortalezas internas de una organización en relación con el ambiente operacional, específico o laboral, la determinación de las amenazas y oportunidades externas en relación con el ambiente general, el establecimiento de misiones de la compañía, la fijación de los objetivos, el desarrollo de estrategias alternativas, el análisis de dichas alternativas y la decisión de cuáles escoger.

La ejecución de estrategias requiere que la firma establezca metas, diseñe políticas, motive a sus empleados y asigne recursos, de tal manera que las estrategias formuladas puedan ser llevadas a cabo en forma exitosa. La evolución de estrategias comprueba los resultados de la ejecución y formulación.

Aspectos generales de la planeación estratégica

Identificación de la misión

La misión es la formulación de lo que una empresa es y quiere llegar a ser. Es la expresión de la filosofía de la empresa, y debe indicar cuál es el producto o servicio que se propone generar y a quiénes está dirigido el esfuer-

zo empresarial como principal cliente, así como el tipo de tecnología que se pretende emplear.

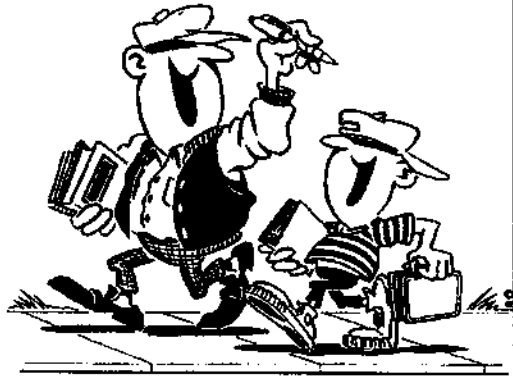
La misión debe contener una identificación con los valores que considera válidos y a cuya consolidación debe contribuir la empresa.

—Hola, Juanito, cuál es el tema de tu composición para el día de hoy?

—Sobre la cotización del mercado de valores, profesor.

—¿De valores morales? ¿Espirituales? ¿Artísticos? ¿Humanos?

—No profe. De los que sirven!



Identificación de amenazas y oportunidades en el ambiente general

Este contenido se refiere al análisis del entorno o ambiente general en el que trabaja la empresa que se analiza. Se considera que las variables más importantes que hay que tener en consideración al analizar el ambiente general en el que se desenvuelve cualquier empresa son: económicas, legales, sociales, políticas, tecnológicas, competitivas y ecológicas.

Mediante la auditoría externa, se trata de identificar dos aspectos presentes en el entorno o ambiente general: las oportunidades y las amenazas.

Identificación de fortalezas y debilidades

Este contenido hace referencia al análisis de las condiciones internas de la empresa, y comprende los aspectos de gerencia, finanzas, producción e investigación, como también la presencia o ausencia de factores de riesgo.

Con la auditoría interna, se trata de reconocer las fortalezas y debilidades que tiene la empresa en su ambiente operacional, laboral o específico.

Las fortalezas comprenden los aspectos de gerencia, mercadeo, finanzas, producción e investigación, como también inherentes a la economía de la empresa que se considera se están haciendo bien y que por tanto, la empresa debe continuar ejecutando para garantizar su desarrollo y el mantenimiento de un ambiente óptimo.

Al contrario de los factores que constituyen el entorno o ambiente general y sus diferentes interrelaciones con los ecosistemas humanos, los factores internos de la empresa son posibles de modificar por medio de su propia actividad, y se erigen en una base fundamental para poder orientar la acción futura de la empresa y en especial al control de las condiciones ambientales desfavorables.

Establecimiento de objetivos

El establecimiento de objetivos es el proceso mediante el cual la empresa señala los resultados que aspira alcanzar en el largo plazo (mayor de dos años).

Cuando se tiene una definición clara de los objetivos, esto ayuda a la empresa a orientarse correctamente hacia el futuro y le señala pautas en cuanto a los recursos de distinta naturaleza que debe emplear; así como a definir la estructura organizativa.

Los objetivos deben ser realistas, pero estimulantes y retadores. Deben formularse en lo posible en términos cuantitativos, para que posteriormente sea fácil hacer una evaluación de su cumplimiento, por ejemplo, una disminución de la accidentalidad en determinada sección o una reducción de los niveles de ruido.

Establecimiento de estrategias

El establecimiento de estrategias es el proceso por el cual se señalan las acciones que deben realizarse para poder obtener los objetivos fijados. Generalmente las estrategias se establecen haciendo una confrontación entre las debilidades y las fortalezas internas, con las amenazas y oportunidades del entorno.

Una estrategia es una decisión macro:
Nuestra estrategia será educar a la comunidad.

Una táctica es una operatividad de la estrategia:
Vamos a crear grupos de participación, vamos a asistir a las reuniones de junta comunal, vamos a hacer carteleras, vamos a ir una vez por semana a la escuela.

*"Mi táctica es hablarte y escucharte...
Mi estrategia en cambio, más profunda
y más simple, es que un día por fin me necesites".
Mario Benedetti*

De acuerdo con lo anterior, en planeación estratégica se pueden definir los siguientes tipos de estrategias:

Estrategias fortalezas-oportunidades

Son aquellas que conjugan las fortalezas internas y las oportunidades del entorno para seguir impulsando los éxitos que ha obtenido la empresa.

Estrategias fortalezas-amenazas

Son aquellas que conjugan las fortalezas internas y las amenazas del entorno. Con este tipo de estrategias se busca aprovechar las fortalezas de la empresa para reducir el impacto de las amenazas externas.

Estrategias debilidades-oportunidades

Son las que conjugan las debilidades internas con las oportunidades del entorno. Con ellas se busca mejorar las debilidades internas valiéndose de las oportunidades del entorno.

Estrategias debilidades-amenazas

Son aquellas que integran debilidades internas con las amenazas del entorno. Con ellas se busca disminuir el efecto adverso de las debilidades internas y de las amenazas del entorno.

Luego de realizado el listado de las estrategias, se procede a hacer una priorización de ellas para establecer cuáles serán las más importantes que aplicará la empresa.

Con la aplicación de las estrategias expuestas y un refuerzo previo mediante la aplicación del enfoque sistémico para determinar, mediante la caracterización de entradas, procesos y salidas, la posible presencia de factores de riesgo, se podrá obtener un perfil de la empresa.

Ejemplo para una EPS

¡MANOS A LA OBRA!

Misión

DESCRIBE NUESTRA RAZÓN DE SER

Ser líder en la protección del asegurado y su familia, ofreciendo servicios integrales de salud y prestaciones económicas, con eficiencia y calidad.

Valores

**DESCRIBEN CÓMO QUEREMOS HACER
LAS COSAS EN EL INSTITUTO**

Somos una gran empresa nacional con unidad de políticas y procedimientos.

Nuestra razón de ser

**LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE MEDIANTE EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS.**

Contamos con personal calificado en permanente proceso de superación,
al cual reconocemos sus méritos.

Laboramos con honestidad, ética y compromiso.

Trabajamos en forma descentralizada y autónoma; exigimos responsabilidad y eficiencia
en el manejo de los recursos.

Constituimos la más grande red de servicios de seguros económicos y de atención en
salud, con óptima utilización de la información y las comunicaciones.

Visión

**DESCRIBE HACIA DÓNDE QUEREMOS IR. ES LO QUE QUEREMOS
SER EN EL FUTURO, Y CÓMO CONSEGUIRLO**

**Trabajamos con entusiasmo
y compromiso para:**

Ser la empresa de seguridad social preferida de los
colombianos por la calidad de sus servicios y la mayor cobertura nacional.

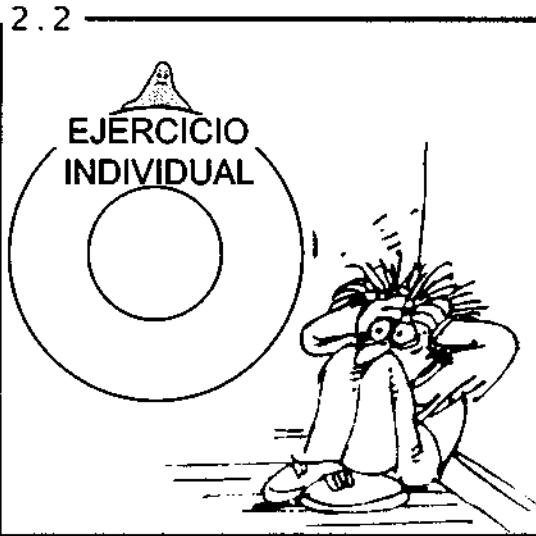
Contar con el mejor equipo humano, orgulloso de pertenecer a la institución.

Disponer de la tecnología e infraestructura suficientes y apropiadas que satisfagan las
necesidades y expectativas del asegurado y su familia.

Funcionar con procesos ágiles y oportunos.

Ser la empresa sólida y rentable que genere progreso, crecimiento y confianza.

Definición de la misión



1.- ¿Cuál es la misión de su organización?

2.- ¿Cuál es la visión de su trabajo?



El siguiente artículo le mostrará cómo podemos intentar aplicar criterios de planeación estratégica a todas las actividades de nuestra vida, incluyendo, obviamente, la prevención (¿o planeación?) de una enfermedad.

Gerencia de la enfermedad cardiovascular

La era de la alta gerencia, la planeación estratégica, la calidad total, no puede pasar inadvertida para el médico clínico, el epidemiólogo y el administrador en salud. Correlacionar la enfermedad, el entorno, el paciente, su estilo de vida y la latencia de los factores de riesgo para enfermar, en términos gerenciales, es lo que se narrará en este artículo sobre la enfermedad cardiovascular.

Introducción

La última década del Siglo XX, se vio influida, de manera directa, por la actividad administrativa. En cada empresa se habla hoy de importar conceptos, en especial de oriente, para definir la misión, fijar las metas y lograr los objetivos que se buscan.

¿Existirá una empresa más compleja y más importante que la del ser humano?

La persona, desde su concepción, es el eje de la empresa humana. Si se realiza sobre ella la administración adecuada, acorde con su cultura, etnia, sexo, edad, grado de madurez psicomotora, la empresa humana saldrá adelante con eficiencia, en especial con calidad de vida.

El presente artículo pretende ilustrar a los lectores, que la enfermedad cardiovascular se puede gerenciar y administrar como empresa.

Análisis DOFA de la enfermedad cardiovascular

El ambiente al que está expuesto el ser humano, le brinda oportunidades para cultivar una buena salud, mediante el ejercicio físico y la nutrición adecuada, que le permitan evitar ciertas amenazas que atentan contra la vida, en especial, el tabaquismo, el consumo de ciertas sustancias, el estrés y otras. El individuo tiene, por otra parte, algunas debilidades y fortalezas como la herencia, la respuesta inmunológica y el sistema endocrino, que determinan, entre otros, el crecimiento, desarrollo y hasta su temperamento.

Todas estas debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades, necesitan de un período de latencia, largo o corto, para lograr el desequilibrio y una expresión anatomopatológica, fisiológica, funcional y social, que se traduzca en una enfermedad cardiovascular, en especial el infarto del miocardio.

Los factores de riesgo cardiovascular no modificables (sexo, edad, herencia, hipercolesterolemia) y las modificables (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemias, sedentarismo, estrés, agresividad, obesidad, diabetes, etc) están involucrados directamente en el concepto de análisis DOFA, constituyendo un modelo de evaluación estratégica.

Se desarrolla a continuación un ejemplo hipotético desde el punto de vista de planeación estratégica.

El estado situacional o diagnóstico de la persona que involuntariamente (¿o será voluntariamente?) planea su enfermedad cardiovascular es: la inactividad, el sedentarismo, el comer sin control, la agresividad, la hostilidad y el estrés; la presión arterial y la diabetes no controladas, el aumento de peso y el hábito de fumar.

La misión es pues, controlar este estado de cosas.

Expresado a través de unos objetivos estratégicos, es adquirir un nuevo estilo de vida, es decir, una vida saludable. De aquí en adelante voy a describir los objetivos tácticos que llevan al infarto, con el fin de que se entienda mejor lo que se debe evitar.

Objetivos tácticos para enfermarse

- Vuélvase dependiente de la aparatología moderna; los controles inalámbricos son su necesidad, el computador es indispensable, incluso debe ser aprovechado para practicar algún deporte (basketball, fútbol, tenis computarizado), no practique ningún tipo de ejercicio, ni siquiera camine; utilice siempre el ascensor a las oficinas, sitios de reunión, salones de clase, almacenes; todos deben estar cerca al acceso, para evitar caminatas innecesarias; igualmente no deben estar separados por gradas, pues podrían fatigar mucho.
- No realice estiramientos, así con retracciones articulares es mejor. La relajación y la respiración adecuada sólo están reservadas para los yogas y mentalistas. Fume y permanezca en lugares cerrados donde fumen. No visite al médico o al promotor de salud para revisiones periódicas o para definir y estudiar respecto al riesgo de enfermarse.

Planes, proyectos, programas

- Ingrese al club de la cocina para aprender a comer más. Mejore los accesos a cada lugar para evitar el ejercicio físico. Los vehículos serán bajos para evitar movimientos excesivos de las piernas; los asientos no deben ser ergonómicos, la espalda puede aguantar.
- Los programas de televisión, la radio y las noticias deben ser sobre hechos violentos y poco placenteros al espíritu; ver espectáculos deportivos está reservados para los pobres, al fin y al cabo ¡el deporte es "pa' pobres" Inculcar en familia estos "buenos hábitos" y estas "sanas prácticas", para evitar la fatiga.
- Asistir a todos los eventos, en especial si son acompañados de licor y comida, tipo cocteles, ceremonias, lanzamientos, desayunos, almuerzos y comidas de trabajo.
- Los fines de semana y días feriados son para el descanso; el viernes será cultural, dedicado a los placeres, el demonio, el mundo y la carne; los sábados y domingos debe descansar y dedicarse al mantenimiento, pero no de su cuerpo sino del automóvil; éste necesita más man-

tenimiento que usted, porque usted es inmune a la enfermedad, “que me dé un infarto, pero con el carro sincronizado”.

- El perro debe salir por su cuenta a hacer sus necesidades, podría correr y sería difícil alcanzarlo, es mejor que salga solo. Las actividades recomendadas son la lectura, la meditación, escuchar música, trabajo intelectual solamente, viajar en automóvil por las seguras carreteras colombianas, asistir a las mil y una juntas a las que pertenece pues usted es indispensable; si falta no habría junta y la institución se acabaría.
- ¡Ah! No olvidar el computador. Es el descubrimiento del Siglo XX; además puedo jugar ajedrez y hasta baloncesto sin ningún riesgo de lesión (la energía gastada por el organismo, por el sólo hecho de trabajar en el computador, corresponde el 25% del gasto total diario).

Efecto o impacto social

- La familia y la sociedad asistirán durante 20, 30, 40, 50, 60 ó más años al sedentarismo programado. Será un “modelo ideal en la ley del menor esfuerzo”.
- Los medios informativos, prensa hablada y escrita, la televisión, harán notar las ventajas que tiene el poseer equipos tan potentes que con sólo mover un dedo funcionan, y el por qué del sedentarismo y la inactividad.
- Con respecto a los cambios de actitud, me volveré un modelo de sedentarismo, igualmente seré modelo de la antipromoción de la salud y de la antiprevención, seré muy eficiente en este sentido.

Todos los componentes del bienestar y condicionantes de éste, son debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, lo cual podría resumirse en el cuadro 2.1.

Este artículo, igualmente, quiere mostrar a usted señor lector la ruta de cómo intentar cambiar el desarrollo de este flagelo universal.

Un programa debe iniciar desde la niñez temprana:

De 0 a 12 meses

Seguimiento de crecimiento y desarrollo normalmente y reciba consejos nutricionales, si la historia familiar es positiva para factores de riesgo o para enfermedad coronaria.

De 1 a 5 años

Inicie mediciones de presión arterial y control de peso, consejos nutricionales, especialmente con respecto a ingesta de grasas y sodio.

De 5 a 12 años

Se continuará, la observación de peso y crecimiento, se deberá intervenir por la nutricionista si está en sobrepeso u obeso, se debe realizar investigación de tabaquismo en familia, y sobre la actividad física que realiza en el colegio, para estimular la práctica del ejercicio físico y formar educativamente tratando de disminuir o abolir el tabaquismo.

De 12 a 18 años

Realice lo mismo que el grupo anterior de edad, además defina como adolescente cuál será la nutrición a seguir, el por qué de ésta y cómo llevarla a cabo sin traumatismos; igualmente se deben iniciar prácticas supervisadas de ejercicio físico.

De 18 a 25 años

Se hará lo mismo que la etapa anterior, pero se promocionarán las actividades deportivas y recreativas en las universidades e institutos de educación superior; igualmente, se hará seguimiento anual de las personas que presenten factores de riesgo cardiovascular persistentes; se realizarán pruebas de ejercicio y manejo del estrés; especialmente se trabajará sobre la "calidad de vida", cómo conseguirla y preservarla, y sobre "administración corporal", concerniente al manejo del tiempo, mantenimiento del organismo, nutrición y su relación con el entorno.

De 25 a 40 años

Se continúan los pasos anteriores, pero los controles de presión arterial, exámenes de laboratorio y pruebas especiales (p.e., de esfuerzo cardiovascular, antropometría) se realizarán cada doce meses, según el nivel de riesgo cardiovascular calculado mediante cuestionarios especiales; se continuará igualmente, el manejo del estrés y se trabajará sobre calidad de vida.

Se hará énfasis en el área laboral y cómo “ergonómicamente” desde el punto de vista cardiovascular, se deben analizar los puestos de trabajo; de la mano del área de salud ocupacional se definirán y explorarán factores de riesgo cardiovascular u otros que inciden negativamente en la calidad de vida.

Se trabajará, también, en la iniciación del estado laboral que consolidará entre la cuarta y quinta décadas de la vida y que será la base para el futuro desempeño profesional de la persona (entendiéndose como desempeño profesional, la actividad que se realiza, independiente de su nivel de estudio).

Se diseñarán programas de ejercicio físico sencillos, tales como programación de marcha, caminatas, trote, ciclismo, estiramientos, técnicas de relajación y respiración, calistenia, fortalecimiento muscular y se estimulará la participación en deportes en los que las articulaciones no sufran mucho por el continuo estrés a que se ven sometidas, tales como deportes acuáticos y subacuáticos y ciclismo, los que deberán tener un gran contenido aeróbico, de grandes grupos musculares, que se relacionan con un alto consumo de oxígeno, beneficioso para el organismo. Otros deportes, especialmente de contacto, como el fútbol y baloncesto, deben ser adaptados bajo riesgo de la persona practicante.

De 40 años en adelante

Se realizarán las acciones anteriores teniendo en cuenta la siguiente estratificación: primero está la salud; segundo la familia y tercero el trabajo.

Este concepto requiere que la persona entienda que para poder laborar bien y consolidarse económicamente, debe estar bien de salud y en armonía con su familia, para así lograr un óptimo resultado económico y laboral. No se debe invertir la estratificación, porque sin salud ni familia, no va a poder vivir con calidad de vida, ni alejado o por lo menos controlado, de los flagelos cardiovasculares.

Dejo a consideración de los las dos alternativas.

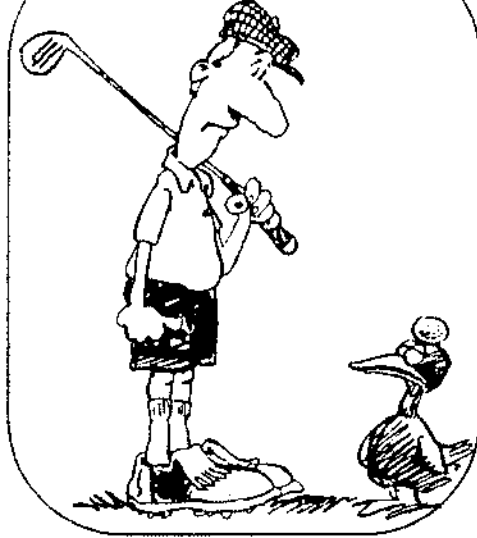
Si escoge la primera, podremos adornar muy bien su tumba en el cementerio rápidamente.

Si ha escogido la segunda (alternativas presentadas para no dejarse vencer por la enfermedad cardiovascular o luchar contra ésta con calidad de vida), le recomiendo que ingrese desde ya a este selecto grupo de personas que han escogido como alternativa de calidad de vida.

Debemos agregar años a la vida con plenitud y calidad.

2.4

EJERCICIO DE APLICACION



Analizando el artículo anterior podríamos decir que en la planeación de nuestra propia enfermedad cardiovascular tenemos las siguientes fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades.

Fortalezas:

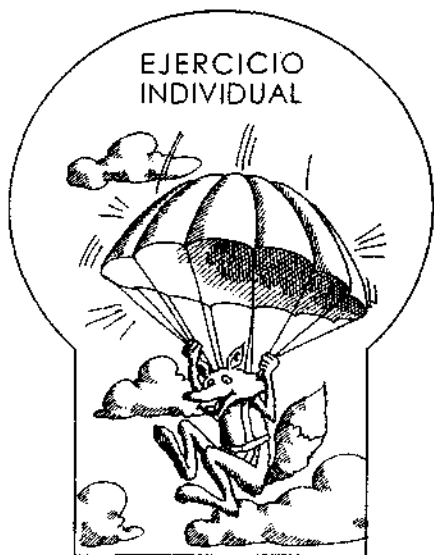
Debilidades:

Oportunidades:

Si ha escogido la segunda (alternativas presentadas para no dejarse vencer por la enfermedad cardiovascular o luchar contra ésta con calidad de vida), le recomiendo que ingrese desde ya a este selecto grupo de personas que han escogido como alternativa de calidad de vida.

Debemos agregar años a la vida con plenitud y calidad.

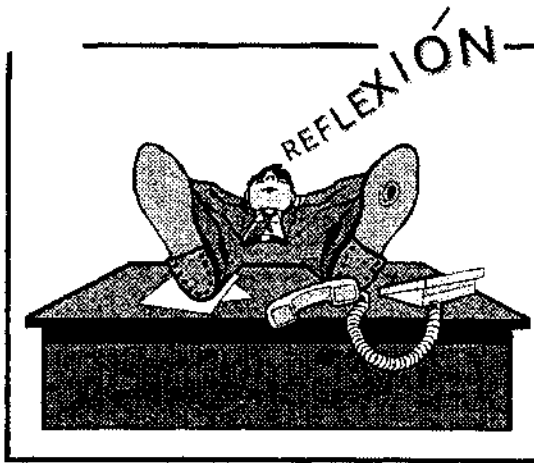
Amenazas:



Desarrolle la matriz DOFA de su organización

- Debilidades.
- Oportunidades.
- Fortaleza.
- Amenazas.

	FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
OPORTUNIDADES (O)	ESTRATEGIAS (FO)	ESTRATEGIAS (DO)
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
AMENAZAS (A)	ESTRATEGIAS (FA)	ESTRATEGIAS (DA)
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4



Hay tres clases principales de gerentes:

- Los que hacen que las cosas sucedan.
- Los que observan mientras las cosas suceden.
- Los que no saben qué está sucediendo.

Los gerentes eficientes hacen que las cosas sucedan... ¡y en la forma deseada!

Los gerentes que obtienen resultados

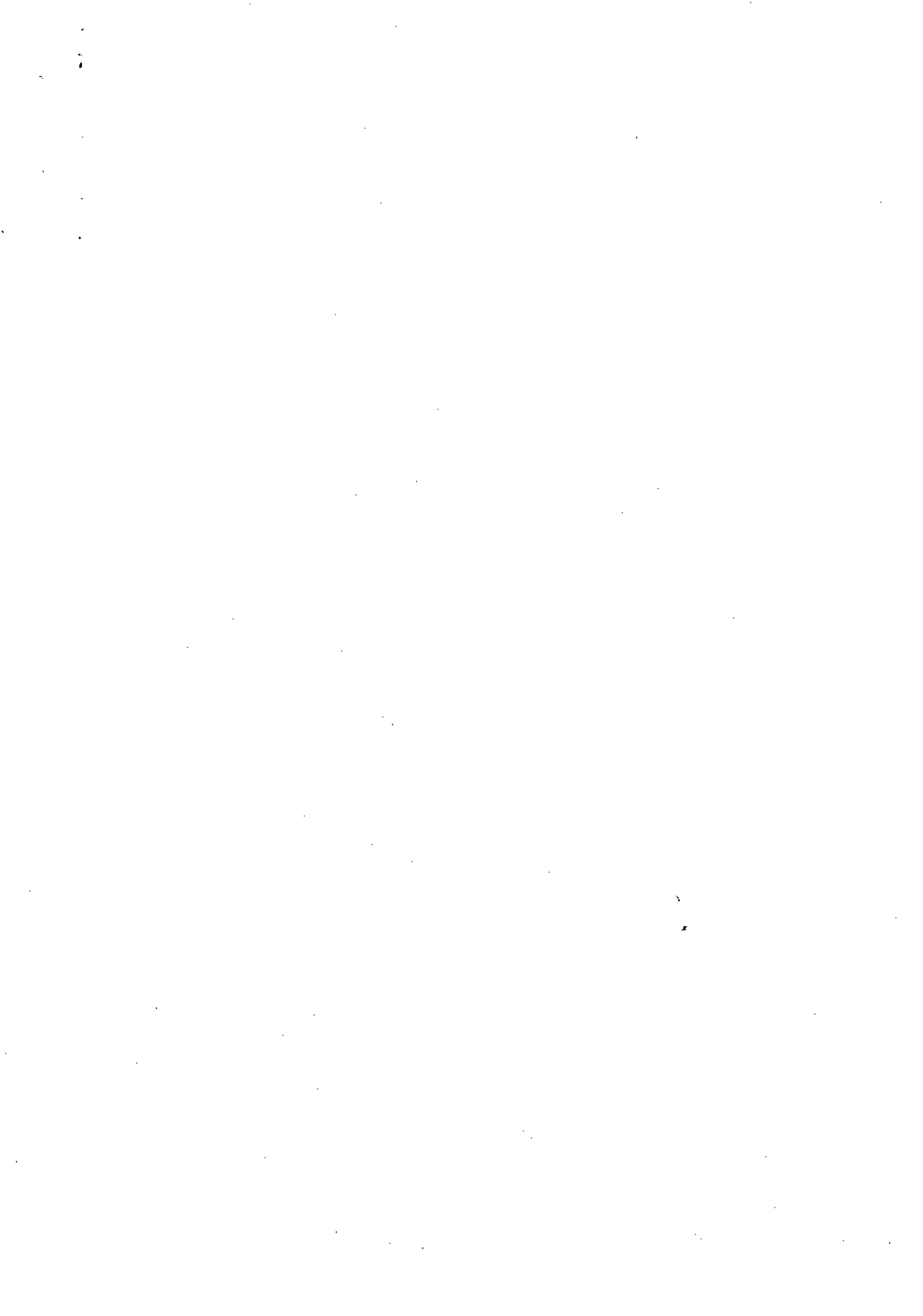
- Tienen una idea clara de lo que debe hacerse.
- Pueden establecer objetivos y fechas límite para que otros los cumplan.
- Saben aprovechar las ideas y la experiencia de los demás para decidir cómo conseguir los resultados deseados.
- Son decididos, entusiastas, seguros y están dispuestos a correr riesgos calculados.
- Trabajan arduamente para alcanzar altos niveles de desempeño, y esperan que los demás obren en la misma forma.
- Creen que siempre hay oportunidades para mejorar, tanto para ellos como para los demás.

¿Cuál es la calificación de usted para este empleo ofertado en el diario El País?

**EMPRESA DE
SERVICIOS
REQUIERE**

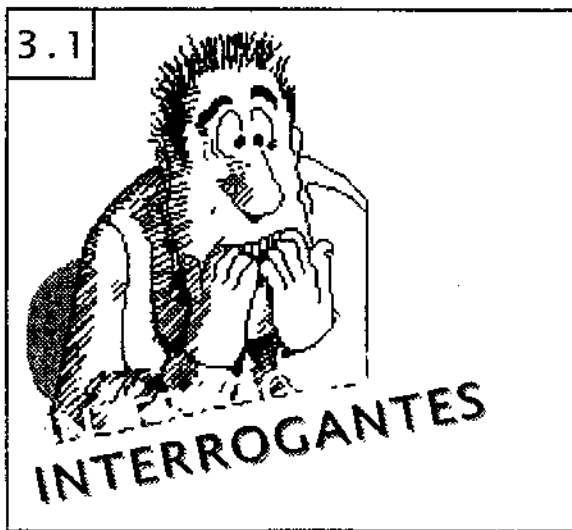
Persona preferiblemente estudiante de administración, con conocimiento en hoja electrónica y procesador de texto, que posea moto y conozca la ciudad.

Enviar hoja de vida al A.A. No. 1297
Cali.



CAPÍTULO 3

Adaptación



El producto que se va a ofrecer debe reunir condiciones de aceptabilidad y éste es un factor, usualmente, muy descuidado en las organizaciones de salud, públicas o privadas, es inaudito que sitios donde van enfermos no dispongan de comodidades mínimas: salas de espera amplias, limpias y agradables, baños, lecturas, películas. Se abusa del paciente que requiere

el servicio y no tiene otra alternativa, como en casos de urgencia, pero la Ley 100 crea alternativas.

La adaptación de su producto deberá responder múltiples preguntas, por ejemplo:

1. Lista completa de productos y servicios actuales y propuestos para el futuro.
2. Características destacadas de cada uno de ellos.
3. Ventaja competitiva de cada uno de ellos.

4. Costo y grado de utilización de cada servicio.
5. ¿Qué servicios son más utilizados y por qué? Definiendo el perfil del usuario e identificando si hay distintos grupos de usuarios.
6. Política de la organización con respecto a:
Número y tipo de servicios ofrecidos.
Evaluación de las necesidades para añadir o suprimir servicios.
7. Historia de cada producto o servicio (lo más completa posible para los más importantes). Qué cambios se han introducido, cómo ha evolucionado la demanda de cada uno, cuáles han sido las quejas más comunes, qué servicios podrían añadirse para ser más atractivos, entre otros.
8. Estrategias de precios.
Cómo se fijan, cuándo se revisan y qué factores influyen en las revisiones de los mismos. Cómo ven sus precios los pacientes, médicos, competidores, legisladores, etc.

La adaptación o compuesto de servicios del producto salud debe incluir:

Diseño

El sitio que ofrece el servicio debe ser sencillo, pero agradable y funcional.

Tiempo de espera

Mientras más corto sea el tiempo que los pacientes esperan para obtener un servicio, más gustará dicho servicio. Si los pacientes agradecen que "puedan sacar un tiempo para ellos".

Marca

En la prestación de servicios de salud es de importancia la experiencia de quien ofrece el servicio.

Empaque

El servicio que se ofrece puede describirse en folletos agradables y que den seguridad. Este aspecto es muy útil en el mercadeo de sistemas de salud prepagos.

Precio

Muchas veces un servicio de salud "no tiene precio", pues de él depende la vida. Sin embargo, el precio de un servicio de salud debe tener un componente de interés público, no ser tan alto que se vuelva inalcanzable ni demasiado bajo que no permita rentabilidad económica. La política de precios debe ser estratificada por zonas territoriales y por segmentos de la población y debe tener en cuenta:

- Los costos de producción del servicio.
- La tasa de retorno de producción esperada por la organización.
- El precio de la competencia.
- La demanda del servicio.
- El precio que el mercado estará dispuesto a pagar.

Servicio al cliente

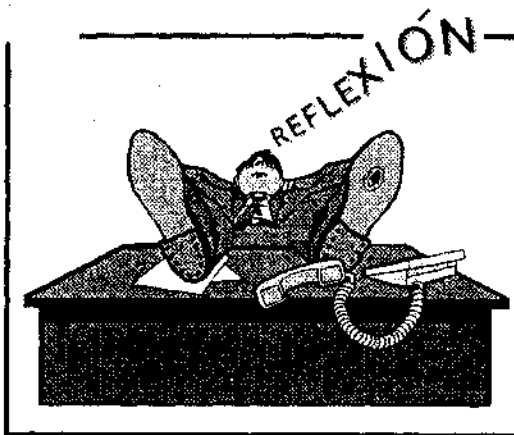
Se distinguen tres niveles de servicio:

- El servicio central: cubre la necesidad: ejemplo, atención del parto.
- El servicio perceptible: la forma como se dio el servicio central, por ejemplo, el apoyo y consuelo dado durante el parto, la limpieza del sitio, o la respuesta a preguntas.
- Los servicios adicionales: por el ejemplo; pañales, toallas.

Los servicios de salud, además de su misión, deben ofrecer las mismas o más comodidades de las que le ofrecen a un cliente en otra organización, por ejemplo, facilidad de estacionamiento, excelente recepción e información, información telefónica, horarios de atención extendidos, aceptación de cheques, tarjetas de crédito y otras modalidades de pago, y muchos servicios más; por ejemplo: ¿por qué en los servicios de pensionado de los hospitales no llevan el periódico todos los días al cuarto del paciente? ¿Por qué no instalar un servicio de comedor a los cuartos (room-service)?

**8 PASOS PARA OBTENER
UNA BUENA CALIDAD EN LOS SERVICIOS**

1. Defina una estrategia de servicios.
2. Defina estándares de calidad medibles.
3. Diseñe sistemas para dar un servicio amable al cliente.
4. Comunique los estándares de calidad a todo el personal.
5. Identifique los errores con la meta cero defectos.
6. Mida el rendimiento, ¡recompénselo!
7. Comunique esta calidad al usuario para poder manejar las expectativas.
8. Sea innovador.



Síndrome de las ranas cocidas

Se empieza con una rana y dos baldes de agua. En el uno se pone agua fría y en otro agua caliente. Se introduce la rana en el agua fría y no hace gran cosa. Pero cuando se introduce en el agua caliente, salta y se desespera.

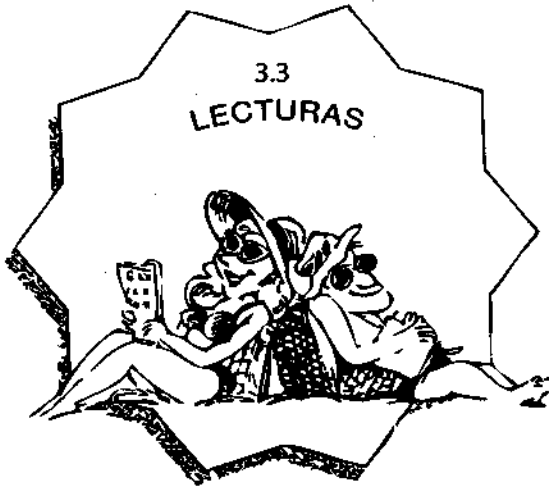
Ahora introduzca la rana en el agua fría y ponga el balde sobre una llama baja. La rana se queda quieta.

El cambio es lento, la rana no lo siente y al fin se muere.

Después de un rato tiene usted una rana cocida.

Muchos gerentes son como la rana: no perciben la necesidad del cambio en el ambiente hasta cuando es demasiado tarde. Igualmente, muchas organizaciones insensibles a los cambios graduales corren el peligro de convertirse en "ranas cocidas", viven en una ensoñadora ignorancia de los disparadores del cambio y están condenadas al fracaso. Un fracaso que es el resultado de no sentir la necesidad de cambiar.

Existe un momento en la vida de cualquier organización, en el cual las soluciones tradicionales no alcanzan a resolver los principales problemas. Es en ese instante cuando la organización, si desea sobrevivir, debería enfocar sus energías al proceso de transformación.



La resistencia al cambio

(Adaptado del artículo escrito por el doctor julio Enrique Ospina Lugo, director ejecutivo de Ascofame y la doctora Nelsa Beatriz Rey Pardo, jefe de desarrollo educacional de Ascofame. febrero de 1993).

En la actualidad se dice que lo único persistente es el cambio. Vivimos en un mundo cambiante. El cambio es inherente al quehacer diario de nuestros tiempos. Es preciso estar preparados para vivir la incertidumbre y lo inesperado. Es necesario contrarrestar las fuerzas de resistencia al cambio y vencer obstáculos imprevisibles con el fin de tomar decisiones rápidas que permitan modificar el rumbo de las instituciones de la salud, según los escenarios futuros en el contexto nacional e internacional.

El temor al cambio es propio de las personas y de las instituciones. Sin embargo, es preciso buscar el cambio, luchar por él en un proceso de renovación y dinámica que logre un mejoramiento continuo de las organizaciones de la salud.

En la presente unidad, se pretende abordar la problemática de resistencia al cambio, con miras a preparar a los profesionales de la salud que respondan con agilidad y versatilidad a los cambios de paradigma que en forma vertiginosa se suscitan en el panorama de la salud y de la educación.

¿Por qué la resistencia al cambio en las instituciones de salud?

Inciden numerosas causas que fomentan la resistencia al cambio.

- Los hábitos arraigados que obstaculizan apertura a nuevas alternativas.

- El miedo a lo desconocido y la inseguridad que genera lo inesperado.
- El temor al fracaso y la sensación de poder perder el empleo.
- La poca capacidad de liderazgo y habilidad para convencer a los demás.
- La demasiada normatización, lo cual frena la creatividad y libertad de acción.
- La dependencia hacia personas de mentalidad rígida.
- La inseguridad que produce enfrentarse a lo desconocido.
- La estabilidad de las organizaciones puede, en ocasiones, constreñir el cambio y las amenazas de la inestabilidad de la innovación, frenar la dinámica cambiante de un fenómeno de cambio.

Gerentes del cambio en salud

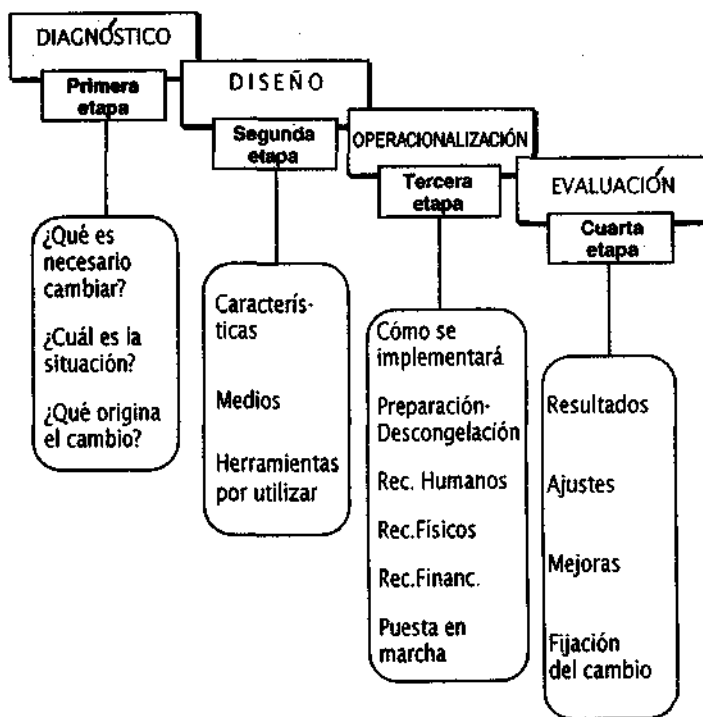
Se requieren líderes que respondan al medio con apertura y capacidad para incidir en él. Una habilidad importante de los directivos es aprender a gerenciar el cambio, porque de lo contrario, se sucumbe en él. No se puede administrar sin mirar hacia el futuro, es necesario tener visión para imaginar el futuro. Es buscar, desde ahora, posibles soluciones a los problemas proyectados y hacer realidad el porvenir que se vislumbra.

El reto es gerenciar el cambio, es desafío del ejecutivo actual y por esta razón, los procesos de planeación tienen que tener un enfoque prospectivo. En efecto, el cambio puede verse como una amenaza o como una oportunidad que requiere superación y eficiencia.

Lo anterior nos lleva a deducir que realizar cambios no es fácil y que es preciso tener en cuenta las siguientes premisas:

- Las instituciones de la salud presentan ciclos de vida y ello, las hace cambiantes.
- Existen fuerzas internas y externas que frenan los cambios.
- El cambio debe realizarse de manera prudente y cautelosa para garantizar su éxito.
- La motivación y el convencimiento de la bondad y los beneficios del cambio son claves para garantizar el éxito.
- Los valores y actitudes de las personas son difíciles de cambiar.

Un programa de cambio



Etapa de diagnóstico

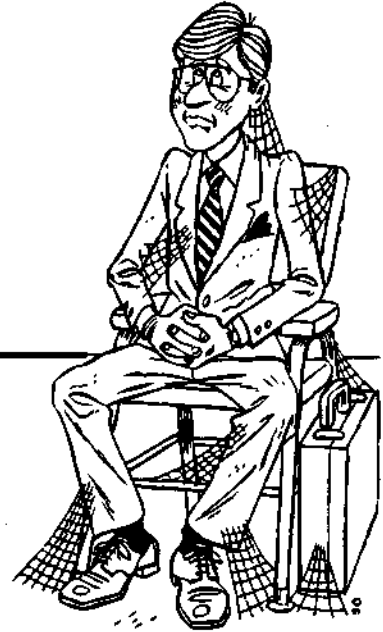
Es pertinente realizar un análisis interno y externo de la situación para definir las áreas críticas y clarificar lo que es necesario y pertinente cambiar.

Diseño del cambio

Aquí es necesario responder a interrogantes tales como:

- ¿Cuáles son los objetivos de cambio?
- ¿Cuáles características debe tener el cambio deseado?
- ¿A quiénes va a afectar el cambio?
- ¿En qué grado?
- ¿Cuáles serán las posibles respuestas?
- ¿Quiénes serán los agentes del cambio?
- ¿Es posible el cambio?

Un hombre que no está dispuesto al cambio está listo para el depósito de chatarra!



Etapa de operacionalización

En primera instancia es necesario prepararse para el cambio. Si no existe un proceso de capacitación en torno al cambio, se puede suscitar rechazo y en consecuencia, fracaso en el proceso. Es fundamental que la gente comprenda las razones del cambio y que participe en el desarrollo de estas acciones.

En segunda instancia, es preciso introducir las nuevas acciones con prudencia y cautela mediante esquemas de coordinación e integración.

Etapa de evaluación

A medida que el cambio se interioriza tanto en las personas como en la institución, se requiere de un proceso de evaluación permanente para efectuar los ajustes necesarios, corregir errores y revisar procedimientos.

El cambio se acepta en la medida en que se vislumbran los resultados y se menguan las amenazas del mismo. El seguimiento debe ser permanente y de flexibilidad constante.

Hacia la renovación del cambio

Las instituciones de la salud necesitan, con urgencia, desprenderse de sus esquemas tradicionales con apertura al cambio. Esto implica:

- Planear más creativamente.
- Estar al tanto del contexto en cuanto a nuevas necesidades de la demanda y posibles focos de competencia.
- Determinar nuevas posibilidades de servicio.
- Establecer programas de desarrollo humano coherentes con los nuevos desempeños y avances científicos y tecnológicos.
- Diseñar una cultura corporativa que integre al personal alrededor de unos mismos principios y valores.
- Tener una visión futurista orientada a la búsqueda de soluciones a los problemas que atañen al presente y futuro de la institución.
- Incentivar la articulación interinstitucional a nivel nacional e internacional para el intercambio de experiencias y el desarrollo de programas de cooperación técnica.

Estrategias para la planificación del cambio

- Preparar al personal para el cambio. Cuando se visualiza un cambio en la institución, es indispensable capacitar a las personas hasta cuando todas estén convencidas de la necesidad del cambio y del progreso para aplicarlo.
- Involucrar a las personas en el cambio. Mientras más compromiso se logre de todos los estamentos de la institución, mayor garantía se ofrece para el cambio. Para ello, es pertinente tener la certeza de la necesidad del cambio y los beneficios que se derivan del mismo. Igualmente, manejar la información requerida y tener claridad sobre las implicaciones y riesgos involucrados.

En resumen:

Es vital que el personal manifieste una actitud positiva acerca de la innovación.

“El cambio debe ser emocionante, vigorizante y renovador”.

Métodos para hacer frente a la resistencia al cambio

Método	Se usa cuando	Ventajas	Desventajas
1. Educación + comunicación.	Falta la información o la información y análisis son inexactos.	Una vez persuadidas las personas, a menudo, ayudan a ejecutar el cambio.	Puede tardar si están comprometidas muchas personas.
2. Participación + Compromiso	Falta a los iniciadores toda la información que requieren para idear el cambio y otros tienen mucho poder para resistir.	Los participantes estarán comprometidos a ejecutar el cambio y toda la información pertinente de que disponga será incorporada en el plan de cambio.	Puede consumir mucho tiempo si los participantes proyectan cambios inapropiados.
3. Facilitación + Apoyo	Las personas que se resisten debido a problemas de adaptación.	Ningún otro método funciona igualmente bien con problemas de adaptación.	Puede resultar costoso en tiempo y dinero, sin embargo, fracasan.
4. Negociación + Acuerdo	Alguna persona o grupo con mucho poder para resistir perdería, obviamente, con el cambio.	A veces es un modo, relativamente, fácil de evitar una resistencia mayor.	Puede resultar muy costoso si pone sobre alerta a otros para negociar su asentimiento.
5. Manipulación	No funcionan otras tácticas o son demasiado costosas.	Podría ser una solución rápida de bajo costo para los problemas de resistencia.	Puede conducir a problemas futuros si las personas se sienten manipuladas.
6. Coacción implícita + explícita	Es indispensable la rapidez y los iniciadores del cambio poseen gran poder.	Es rápido y puede dominar toda resistencia.	Podría ser peligroso si deja a los empleados resentidos con los iniciadores.

—No llegarás a los 100 años si no cambias tu estilo de vida, cerdín!



—Déjame hablar con un cerdo de 100 años y entonces veré si cambio!





**El Gerente y el
cambio:
Una actividad de discusión**

El siguiente ejercicio es adaptado del libro de Lewis M. y Nelly G. *La Eficiencia Administrativa*, Editorial Norma.

Esta actividad le proporciona a usted el marco para que estudie, junto otras personas, las implicaciones de la necesidad que tienen los gerentes de poder introducir el cambio, con eficiencia y eficacia en la sección de la organización que tengan a su cargo.

Usted debe completar la sección A individualmente, y luego trabajar en las secciones B y C en un grupo pequeño de 3 ó 4 personas. Finalmente, todos los participantes deben trabajar juntos en la sección D.

Sección A

1. En el cuadro que aparece a continuación, haga una lista de los "cambios" que usted haya tenido que introducir o ayudar a introducir en su trabajo. Pueden ser cambios en los métodos de trabajo, creación de nuevos cargos o actividades, cambios en las responsabilidades, los procedimientos, entre otros.

Escala de Reacción al Cambio

Resistencia Activa	Resistencia Pasiva	Indiferencia	Aceptación Pasiva	Aceptación Activa
Cambio 1				
Cambio 2				
Cambio 3				
Cambio 4				
Cambio 5				
Cambio 6				
Cambio 7				

- Ahora, para cada "cambio" trate de resumir la actitud general que asumió su personal inicialmente, y ponga una X mayúscula en la casilla apropiada. Si las actitudes individuales fueron muy diversas, coloque varias x minúsculas en las casillas apropiadas de la escala.
- De los cambios anotados en el cuadro, escoja uno que, inicialmente, haya sido recibido con cierto grado de resistencia. Debajo, trate de hacer una lista de los "factores" que, en su opinión, generaron dichas actitudes en su personal. Sea lo más explícito y sincero que pueda.

Cambio No.
Factores:
a)
b)
c)
d)

4. Ahora, escoja un cambio que haya sido recibido con cierto grado de aceptación. Nuevamente, haga una lista de los factores que, en su opinión, contribuyeron a generar dichas actitudes en su personal.

Cambio No.
Factores:
a)
b)
c)
d)

Sección B

Ahora ustedes deben dividirse en grupos pequeños de 3 ó 4 personas.

1. Por turnos, comuníquense sus respuestas a las preguntas 3 y 4 de la sección A. En grupo, traten de elaborar la lista de factores que puedan influir en la forma en que reacciona la gente ante el cambio en el trabajo.
2. Una vez que hayan elaborado la lista, para cada uno de los factores formulen las preguntas que aparecen a continuación. Cada persona debe anotar las ideas del grupo para referencia futura.
 - a. ¿El factor es tal que usted, como gerente, pueda hacer algo para corregirlo o modificarlo?
 - Si su respuesta es SI, pase a la pregunta (b).
 - Si su respuesta es NO, pase a la pregunta (c).

- b. Trate de describir, la manera más precisa posible, lo que usted como gerente puede hacer para influir en este factor.
Luego pase al siguiente factor de su lista.
- c. Usted cree que no puede hacer nada con respecto a este factor. Trate de identificar a la persona que pueda hacer algo. Cuando lo haya hecho, trate de determinar lo que usted, como gerente, puede hacer para influir en dicha persona. Si cree que no hay nadie que pueda influir en este factor, trate de averiguar la forma en que usted podría manejar la situación.

Luego pase al siguiente factor de su lista.

Sección C

El grupo debe exponer ante los demás grupos algunas de las ideas derivadas de la discusión. Para preparar su exposición, ustedes deben identificar tres puntos clave a los cuales, en su opinión, el gerente debe prestarles atención cuando se intenta introducir cambios en la organización.

Sección D

Cada grupo deberá presentar los puntos clave que haya identificado, responder preguntas y explicar sus razonamientos si es necesario. Luego, la totalidad de los participantes deben tratar de establecer lo que estos puntos significan en relación con el esfuerzo por llegar a ser gerentes más edificantes.

Traten de identificar:

1. Las cosas nuevas que el gerente necesita conocer y comprender.
2. Las nuevas habilidades y capacidades que el gerente debe adquirir.
3. Los cambios de actitud que el gerente necesita.



Problemas especiales en la oferta del producto salud

Problema 1:

Los servicios que se prestan son más intangibles que tangibles.

La mayoría de las veces la venta de un servicio de salud es algo que no puede ser mostrado palpablemente. Por ejemplo, un chequeo visual se hace y pasa, ¿qué queda tangible?

Problema 2:

Responsabilidad hacia terceros

En la presentación de servicios de salud usualmente no se hace entre dos personas sino que compromete, por un lado, a un equipo de salud y, por el otro, a la familia del paciente (y de pronto hasta a los vecinos).

Un profesional no puede llegar a extremos de satisfacción de un paciente, como podría hacerlo el vendedor de un carro. Por ejemplo, un médico no puede satisfacer la necesidad de narcóticos que quiera un paciente, sin que esto perjudique a la familia del paciente y a la comunidad en general.

Problema 3:

Incertidumbre del cliente

Todos dudamos al hacer una compra, ¿será una buena marca? ¿me quedará bien?, etcétera. Esta incertidumbre puede ser ampliamente persuadida por un buen vendedor o un buen mercaderista.

En el caso de la salud es distinto. Ante la propuesta de una cirugía, por ejemplo, la persuasión debe tener características especiales que exigen y requieren, entre otras cosas, educar al paciente sobre el tema. No es fácil ejecutar el mercadeo aquí, pero debe hacerse.

Problema 4:
Servicios pasajeros

Un servicio de salud se presta y termina, es algo pasajero; usualmente se produce y se consume inmediatamente.

El bien salud no puede producirse para almacenarse, ni comprarse para guardarlo.

Problema 5:
La experiencia es esencial

Muchas personas pueden preferir comprar en un supermercado nuevo, asistir donde un sastre recién graduado o comprar un carro último modelo. Muy pocos prefieren ir donde un médico recién graduado e incluso pueden dudar de asistir a un hospital abierto recientemente.

El servicio se basa en personas y queda muy difícil que pueda ser producido de manera uniforme y estandarizada.

La experiencia de un cirujano es valiosísima en la decisión de aceptar una cirugía. La calidad de "nuevo" no se promociona fácilmente como un atributo favorable en la salud.

Problema 6:
Capacidad limitada de diferenciación

En la mayoría de las ejecuciones de mercadeo de bienes, se explota la diferenciación entre productos, dos jabones, por ejemplo o dos carros. En el área de la salud es muy difícil hacer esto y en muchos casos, es imposible.

Problema 7:
Mantenimiento del control de calidad

Su producto se llama *salud*, este producto no es producido en una línea de trabajo donde se pueda hacer control de calidad de línea o tener muestras de control para verificar niveles de calidad. Por otro lado, la calidad del servicio no depende sólo del producto, por ejemplo, el resultado de una receta

médica depende del seguimiento de instrucciones adecuadas por parte del paciente.

Los pacientes que no cooperan pueden producir resultados deficientes y crear antecedentes negativos para un profesional o para una institución.

Obviamente, que una buena labor de *mercadeo de servicios* debe lograr un mayor nivel de cooperación de los pacientes.

Problemas 8:
Dificultades para la venta

La mayoría de los profesionales de la salud no se consideran vendedores, aunque lo son, y por lo tanto, no asumen ese papel. No están dispuestos a insistirles a los pacientes en un examen, en una cirugía o en un control. Dejan enteramente la decisión al paciente que, como ya se dijo, tendrá enorme incertidumbre. El profesional de la salud debe "cerrar la venta" de su producto dando educación al paciente.

Problema 9:
La presión del usuario

En prestación de servicios de salud existe mucha presión por atención inmediata o prioridad para un procedimiento. Esto deteriora, en muchas ocasiones, las relaciones de los usuarios con los profesionales y/o con las instituciones. El *mercadeo* debe actuar en este caso.

Problema 10:
Los efectos de la publicidad se desconocen

No existe una cuantificación de lo que puede lograr la publicidad en la salud. ¿Puede ser negativa?

Problema 11:
Es difícil cotizarlo

La prestación de servicios de salud se apoya en el entrenamiento, la experiencia y demás capacidades del factor humano, por lo tanto, sus costos de producción no son cuantificables fácilmente.



Una nueva asignatura, el control de costos

George Anders
El Tiempo

En las facultades de medicina de Estados Unidos, los estudiantes no sólo aprenden las causas, síntomas y tratamiento de las enfermedades, sino también cuánto cuestan los tratamientos.

Cuando los estudiantes de la Escuela de Medicina Case Western Reserve de Cleveland aprenden sobre el asma, por ejemplo, también memorizan el precio de los principales medicamentos. El objetivo: no recetarle un remedio de US\$80 a un paciente que no puede costearlo y que podría beneficiarse con una medicina de sólo US\$6.

Fijarse en los costos es un gran cambio para las escuelas de medicina de Estados Unidos. Pero como ahora los egresados enfrentarán un mundo cada vez más consciente de los costos, muchas facultades tratan de adaptarse.

En los últimos años, alrededor del 80% de las 126 escuelas de medicina de Estados Unidos han incluido la reducción de costos como una asignatura básica, según la Asociación de Facultades de Medicina. Aunque estos cursos son básicos, al menos 31 escuelas han implementado cursos electivos que estudian el tema con mayor profundidad.

“Es absolutamente tonto pensar que se puede enseñar medicina a los estudiantes y no pensar sobre los aspectos económicos que rodean el tema”, dice Morton Madoff, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Tufos, en Boston.

“Si no preparamos a los médicos del mañana para ofrecer el cuidado efectivo desde el punto de vista del costo que exige el público, les resultará muy

difícil salir adelante”.

Los nuevos cursos van mucho más allá de las cátedras. Algunos incluyen una pasantía corta como oficinistas en una clínica mutualista. En otros, los estudiantes siguen la trayectoria de un paciente para saber cuánto cuesta tratar una enfermedad y dónde se podría ahorrar dinero.

En la Universidad de Dirham, California del Norte, Todd Brady, estudiante de medicina de segundo año, ideó un plan que podría reducir hasta US\$100.000 al año en las salas de emergencia de pediatría.

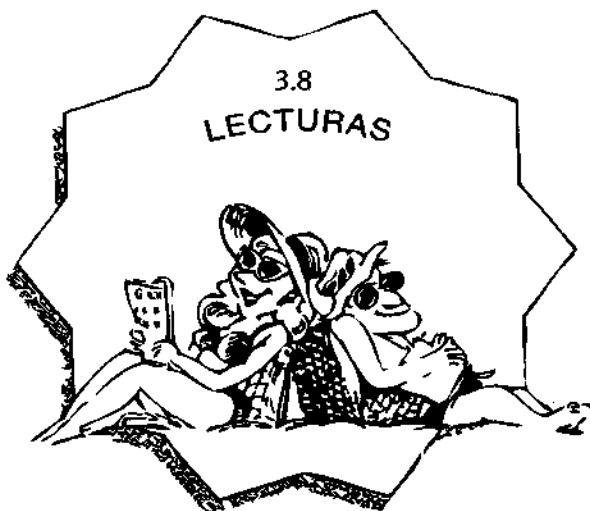
Como parte de un curso que busca economizar en los tratamientos, Brady analizó historias clínicas durante varios meses y encontró que por lo menos 25 veces a la semana, en la sala de emergencia de Duke se atendían a niños con enfermedades que no necesitaban tratamiento.

Una de las propuestas de Brady involucra la instalación de un número telefónico especial a donde los angustiados padres puedan llamar al médico y determinar si es necesario llevar al niño a la sala de emergencia. Al menos la mitad de los casos de enfermedades menores podrían resolverse. “Educar un poco al paciente podría ahorrar mucho dinero”, dice Brady.

En la Universidad de California, en los Angeles, Richard Usatine, profesor de medicina general, dice que el próximo año modificará su curso para incluir el costo de los tratamientos en forma más explícita. Su meta: demostrar a los estudiantes cómo tratar con pacientes que exigen someterse a exámenes costosos, incluso cuando éstos no son apropiados.

Entre los planes de Usatine está contratar a actores que vayan al hospital y exijan que se les asegure que sus dolores de cabeza no son producto de un tumor cerebral. Resolver esa pregunta, generalmente, significa practicar una tomografía computarizada (CAT) que cuesta unos US\$500. Incluso en los casos que el médico considera imposible la existencia de un tumor cerebral, a veces cede a peticiones del paciente y ordena el examen.

En la situación actual, dice el doctor Usatine, los médicos necesitan ahorrar recursos, incluso cuando los pacientes opinan lo contrario. Espera que el caso del dolor de cabeza y el examen CAT les enseñe a los estudiantes cómo negociar mejor con los pacientes.



El análisis económico en la selección de estrategias de atención primaria en salud

Adaptado de la publicación de los doctores Harold Banguero Lozano, Economista, PhD, y Ney Guzmán, MD, PhD. En: *Avances de Medicina Social*, Facultad de Salud, Univalle. Vol. 2 No. 1, 1992.

Cada día hay mayor interés en usar técnicas de evaluación económica en la asignación de los recursos del sector salud, con el propósito de lograr la máxima efectividad con los recursos existentes. Estas técnicas han estado disponibles desde tiempo atrás y se usan frecuentemente en la asignación de recursos en otros sectores como el energético, vías, industrias, o educación.

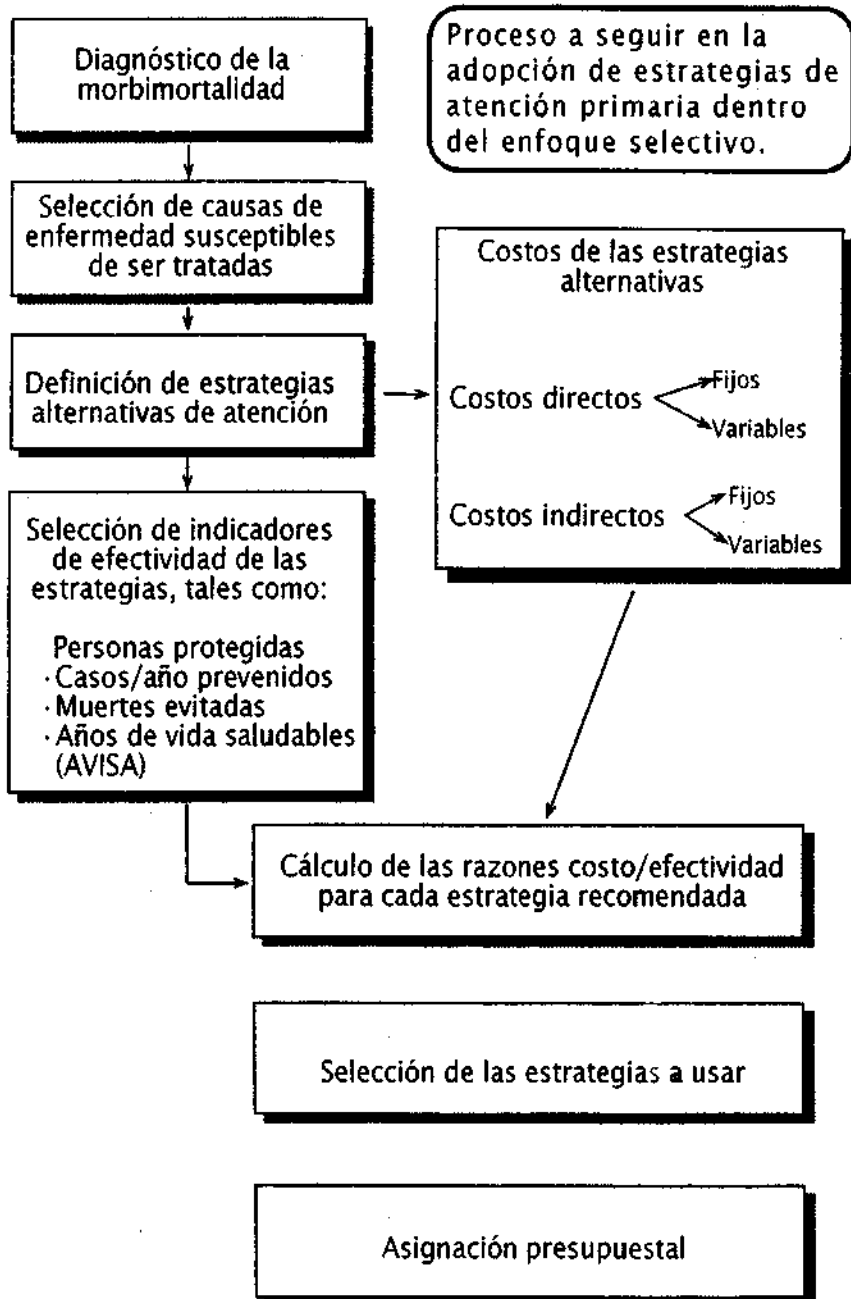
Sin embargo, su uso en el sector salud es muy reciente y ello se debe particularmente a tres hechos:

- a. La aguda escasez de fondos en el sector salud de los países en desarrollo; Colombia no es la excepción, porque en los últimos años la participación del presupuesto nacional, ha disminuido considerablemente.
- b. Hay conciencia nacional e internacional de que los fondos invertidos en el pasado no han sido los más efectivos en la solución de los problemas de los países en desarrollo.
- c. Con más frecuencia se tiene mayor conciencia de la enorme cantidad de recursos requeridos para lograr salud para todos en un plazo prudencial, aún en el caso de que se use el enfoque de atención primaria.

En muchos países en desarrollo, incluido Colombia, los servicios de salud se han orientado más hacia la atención hospitalaria de tipo curativo, la que

resulta costosa y en la mayoría de los casos no dirigida a las causas más usuales de morbilidad y mortalidad. Por ello, la OMS ha recomendado la adopción de estrategias de atención primaria a fin de lograr la salud de todos. Sin embargo, aún en el caso de su completa adopción por los países, las implicaciones financieras son enormes, hasta el punto de requerir, en algunos casos, multiplicar por ocho los actuales presupuestos del sector salud.

En consecuencia, se hace necesario evaluar cada estrategia en particular, determinar sus costos y su efectividad en el logro de objetivos tales como, la reducción de la mortalidad infantil. Las estrategias alternativas podrían entonces ordenarse de mayor a menor efectividad y asignar los recursos a las que permitan lograr ciertos objetivos con el presupuesto disponible. Esto es lo que se ha denominado un enfoque selectivo en la atención primaria. El siguiente diagrama muestra el proceso a seguir en la adopción de estrategias de atención primaria dentro del enfoque selectivo.



Métodos

Partiendo de un diagnóstico nacional, regional o local de la situación de morbilidad y mortalidad, se seleccionan las causas con alta participación en la morbilidad y la mortalidad, susceptibles de ser tratadas con el enfoque de atención primaria, particularmente las relacionadas con la mortalidad infantil.

El paso siguiente es definir un conjunto de estrategias operativas de atención de las causas seleccionadas o de algunas de ellas y especificar el instrumento de medición de la efectividad de las mismas, tales como el número de personas protegidas, el número de casos/año prevenidos, el número de muertes evitadas, el aumento en el número de años de supervivencia, entre otras.

A cada una de las estrategias definidas hay necesidad de determinarles su costo en la forma más precisa posible, estando seguros de incluir todos los componentes, tanto directos como indirectos, sean costos fijos o variables. Quizá una de las mayores dificultades para hacer evaluación y selección de estrategias alternativas de atención primaria, radica en que los programas en ejecución carecen de un adecuado registro de la información de los efectos y de los costos de las mismas.

Una adecuada medición de los efectos y de los costos de las estrategias, permiten elaborar razones costo/efectividad, las cuales miden el costo de lograr una unidad de aumento o disminución de una variable cuyo aumento o disminución es un objetivo social en salud, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil. Con ellas, es posible ordenar las estrategias según mayor efectividad a igual costo o menor costo por unidad de impacto.

Con esta información, es posible realimentar el sistema de salud con el propósito de ir seleccionando las estrategias de atención primaria que permitan más logros en salud con el presupuesto disponible para la atención primaria.

En síntesis:

Una adecuada selección de estrategias de atención primaria requiere de un proceso riguroso de recolección de información sobre los costos y los resultados obtenidos con cada una de ellas. Lo que se observa generalmente es

que se tiene un buen registro de logros, pero uno muy precario o inexistente de los costos incurridos para obtener los resultados. Esto es algo que habría que corregir en el futuro, si se quiere que el economista pueda ayudar en algo a la solución de los problemas de salud del país, en un momento en que los recursos del sector son cada vez más escasos.

Ejemplo hipotético de aplicación

Supongamos la existencia de tres causas de muerte en una comunidad, a saber, fiebre amarilla, malaria y dengue. El uso de la metodología para estimar los años adicionales de vida promedio generales como resultados de la eliminación de estas tres causas de muerte, permite establecer el siguiente ordenamiento:

Fiebre amarilla: 10 años.

Malaria: 5 años.

Dengue: 5 años.

Por otro lado, el valor presente de los costos de los programas de medicación, valorados a la tasa de descuento social del país, es el siguiente:

Valor presente del costo de erradicar:

Fiebre amarilla: \$10.000.

Malaria: \$8.000.

Dengue: \$4.000.

Por lo tanto, la razón costo por año adicional de sobrevivencia, se define como:

$$\text{RCUE (fiebre amarilla)} = 10000/10 = 1000$$

$$\text{RCUE (malaria)} = 8000/5 = 1600$$

$$\text{RCUE (dengue)} = 4000/2 = 2000$$

Entonces, el ordenamiento en términos de prioridades de inversión al aplicar esta metodología sería:

- 1) Fiebre amarilla.
- 2) Malaria.
- 3) Dengue.

Aunque, aparentemente el costo del programa de fiebre amarilla es superior al de los otros dos ($10.000 > 8.000 > 4.000$), la efectividad por peso invertido en términos de años promedio de vida adicionales ganados por la población, es claramente superior. ($1000 < 1600 < 2000$).

Capítulo 4 ACTIVACIÓN



La programación de actividades promocionales y de comunicación debe basarse en la respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el propósito de las comunicaciones de la organización?
Defenderse, educar, buscar nuevos mercados, desarrollar todos los mercados o establecer un nuevo servicio.

2. ¿Ha variado el propósito de la comunicación en los últimos años?
3. ¿Hacia qué tipo de público se han dirigido principalmente los esfuerzos publicitarios de atracción?
Benefactores o donantes, pacientes (actuales o potenciales), médicos (en plantilla o potenciales).
4. ¿Qué medios de comunicación se han empleado?
5. ¿Son los medios elegidos, efectivos a la hora de alcanzar la audiencia?
6. ¿Qué mensajes han sido los más efectivos en términos de respuesta?

7. ¿Qué métodos se han utilizado para medir la eficacia de la comunicación?
8. ¿Qué papel desempeña el departamento de relaciones públicas?
9. ¿Qué servicios se prestan en consultas externas?
¿Qué servicios se prestan a domicilio?
10. ¿Qué factores se han considerado en la decisión de localización?
¿Cuándo se examinó por última vez la localización actual?
11. ¿Con qué distribuidores tiene relaciones para aprovisionarse?
12. ¿Qué tamaño de inventarios suelen necesitarse?

La *activación o compuesto de comunicación* es quizá el aspecto más desarrollado en el área de salud, pues es muy frecuente que las organizaciones de salud posean en su planta de personal, educadores o comunicadores que manejan los aspectos conocidos como "promoción de la salud". Estas dependencias deberían constituirse en verdaderos departamentos de mercadeo de salud y lograr aprovechar al máximo su potencial de servicios.

Distribución

Las instituciones de salud deben estar en sitios accesibles. Debe existir señalización adecuada para llegar a ellos. Su ubicación debe ser clara en guías y planos de la ciudad, así como en el directorio telefónico. Las agencias de turismo, los empleados del transporte público o los policías, deben saber guiar a las personas hacia la institución. ¡Eso es mercadeo!

Cuando una persona encuentra alguna dificultad en tener acceso a un servicio, puede escoger otro más accesible o aun posponer su necesidad o privarse de utilizar el servicio.

Otros factores a considerar en la selección de una ubicación son:

- Competencia en el área ¿conviene o no?

- Proximidad a servicios complementarios, por ejemplo, para un médico: farmacias, laboratorios clínicos, centros de radiodiagnósticos, hospitales, clínicas, etcétera.
- Facilidades de estacionamiento.

Comunicaciones

No basta tener un buen servicio, ¡hay que divulgarlo! Una institución de salud debe divulgar lo que hace y cómo lo hace. Debe difundir los servicios que presta, los especialistas que posee, los horarios de atención, las facilidades de pago, entre otros asuntos.

Todo esto puede exigir:

- Elementos de identificación de la organización: logotipos, lemas, colores, escudos.
- Publicidad: utilización de formas de comunicación no personal realizadas con claro patrocinio a través de los medios de comunicación: (prensa, radio, televisión, vallas,).

En este caso se conocen tres tipos de mensaje:

Mensaje racional:

¡El cólera puede contraerse por usar agua sin hervir!

Mensaje emocional:

¡El cólera no llegará a nuestra casa, nosotros hervimos el agua!

Mensaje moral:

¡Nuestra responsabilidad para evitar el contagio del cólera es hervir el agua!

¿A qué segmentos de la población están dirigidos cada uno de estos mensajes?

Un mensaje racional: -----

Un mensaje emocional: -----

Un mensaje moral: -----

Para una campaña sobre control de la malaria prepare

Un mensaje racional: -----

Un mensaje emocional: -----

Un mensaje moral: -----

Propaganda

El difundir o "propagar" información positiva para la organización se logra prestando buen servicio. Por ejemplo, un médico puede recomendar que las radiografías o los exámenes clínicos se hagan en determinada institución, ese médico "propaga" una información.

Promocionar servicios

Por ejemplo, exámenes médicos a bajo costo en un horario especial, atención gratuita para escolares, facilidades de pago.

Merchandising

Visitas puerta a puerta ofreciendo los servicios de la institución o invitando a conocer el personal especializado en la misma realizando tomas de presión arterial o vacunando a los asistentes.

Relaciones públicas

Oficina de relación directa con el usuario para lograr su entendimiento y aceptación.

Correo directo (para recordar fechas de citas, exámenes o chequeos)

Lo hacen con el cambio de aceite del vehículo, ya lo hacen algunos odontólogos. ¿Por qué el pediatra no puede recordar las vacunaciones por correo?

Boletines informativos de la organización

Realización de eventos científicos, congresos, simposios, discusión de casos.

Estos eventos permiten resaltar la imagen del recurso humano, la participación en ellos es importante para la promoción del profesional.

Y en general, cualquier otro aspecto que la creatividad del departamento de mercadeo determine.



Haciendo operativa la estrategia

Piense en una actividad importante que usted deba ejecutar en el futuro próximo con la colaboración de su personal.

(Nota: si no puede identificar dicha actividad, escoja alguna otra labor que deba realizar y para la cual hasta ahora no haya tenido tiempo).

Trabajen en la sección A individualmente.

Sección A

1. Piense en la labor que debe realizar. Exprésela en forma de un número claro y concreto de objetivos. (Anote sus respuestas a este punto y a los siguientes en una hoja separada para que la use y la consulte en el futuro).

2. Tome cada objetivo del punto anterior y haga una lista de las actividades que deben realizarse para lograr dicho objetivo.



3. Para cada una de estas actividades, establezca una medida que indique si se llevó a cabo debidamente (es decir, cómo saber si la actividad se realizó).

4. Antes de seguir adelante, deténgase a pensar si realmente podrá lograr su objetivo una vez terminadas las actividades necesarias. ¿Omitió algo? Si es así, agréguelo a la lista.
5. Ahora tomen las actividades anotadas en la lista para un objetivo particular y colóquenlas en orden lógico de realización. Podría ser necesario realizar algunas actividades antes que otras.

Sección B

1. Traten de averiguar cuáles son los recursos que se necesitan para realizar cada una de las actividades que contribuyan a determinado objetivo.

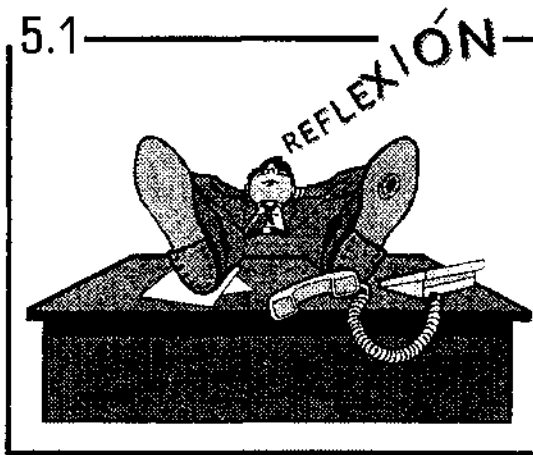
Es decir:

- Las personas que se necesitarán. ¿Su personal? ¿otras personas?
 - La información necesaria.
 - Los equipos y materiales.
 - Los fondos.
 - El tiempo requerido.
2. Piensen en la situación global y establezcan un cuadro cronológico para alcanzar el objetivo propuesto. Fije los límites de tiempo para cumplir cada una de las etapas principales del proceso de ejecución.
 3. En este momento ya cuentan ustedes con un plan para ejecutar determinada labor. Ahora, deben decidir lo que tienen que hacer para avanzar de aquí en adelante.

Piensen en las siguientes preguntas:

- ¿Hasta qué punto necesito consultar con otros acerca del plan?
- ¿Con quiénes debo consultar?
- ¿Por qué debo consultar con ellos?
- ¿Para obtener su aprobación?
- ¿Para verificar mi información?
- ¿Para conseguir información adicional?
- ¿En quiénes deberé influir a fin de poner en práctica el plan?
- ¿Qué debo hacer para influir en ellos?

Capítulo 5 AUDITORÍA



¿Por qué las personas no hacen lo que se espera de ellas?

1. Desconocen lo que se espera de ellas.
2. Carecen del conocimiento o de la capacidad necesaria para hacerlo.
3. Desconocen las razones por las cuales tienen que hacer ciertas cosas o la importancia de hacerlas.
4. Se enfrentan a obstáculos sobre los cuales no tienen control.
5. Están convencidos de estar haciendo las cosas bien.
6. Tienen problemas personales que influyen sobre su comportamiento.
7. Carecen de una dirección adecuada.

Mercadeo interno

El mercadeo interno se refiere a la necesidad de vender la organización a los mismos empleado. Para lograrlo tenga en cuenta los siguientes puntos:

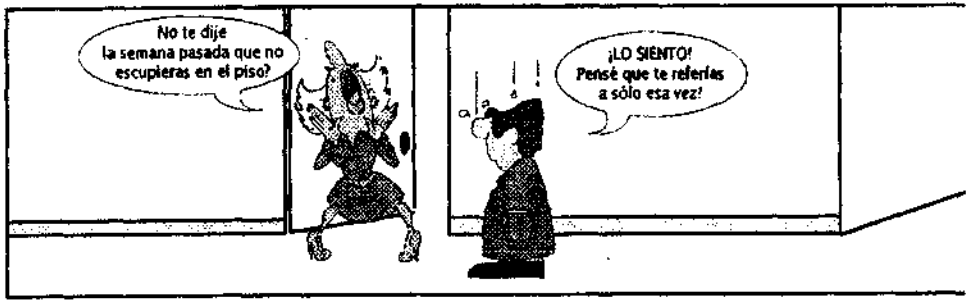
1. Conocer al cliente

Los empleados deben conocerse entre ellos. Quién es quién.

2. Inducción

Todo nuevo empleado debe recibir una información sobre:

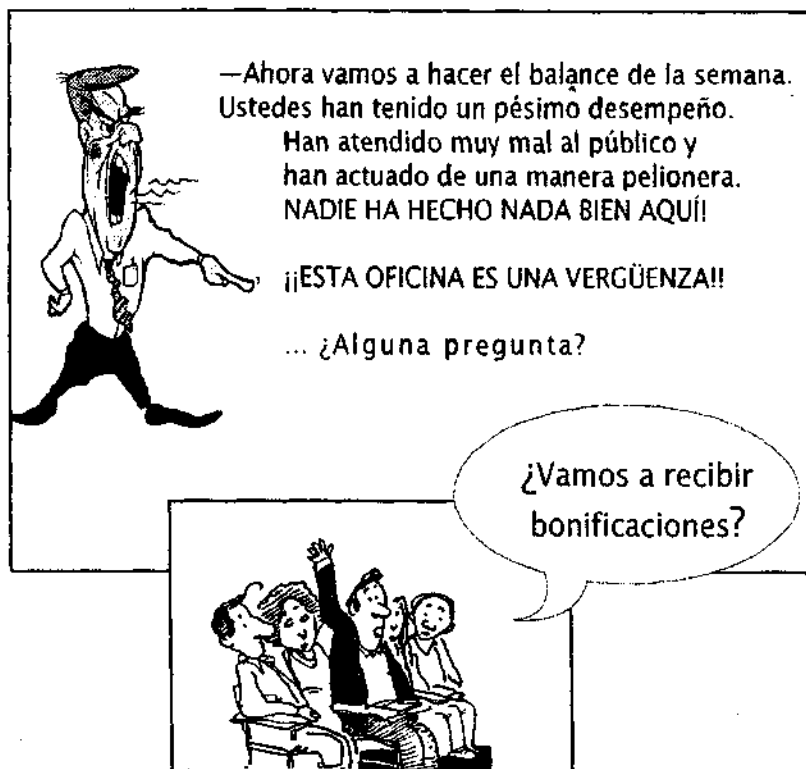
- Filosofía de la empresa.
- Organigrama.
- Estrategias.
- Mercadeo y competidores.
- Mecanismos de participación.
- Oficinas, empleados, etc.
- Productos.
- Calidad y servicio.
- Deberes, derechos y beneficios.



3. Evaluación del desempeño

Deben existir criterios para evaluar el desempeño de funcionarios:

- Reglas de juego.
- Recompensas, incentivos.
- Premios.



4. Crear mecanismos de información

Que todos los empleados sepan lo que pasa en la organización.

- Carteleras.
- Boletines.

5. Promoción y publicidad interna

- ¿Cómo estamos ejerciendo nuestras funciones?
- ¿Cómo van los resultados?
- La publicidad que va a salir.
- Las promociones que se van a hacer.
- El estado presupuestal.



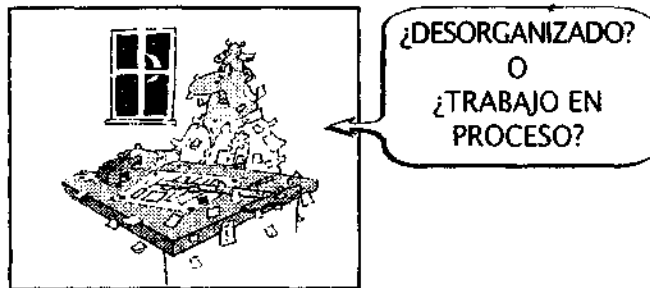
6. Plan de sugerencias

Dar la oportunidad de participación:

- Reuniones para “lluvia de ideas”.
- Buzones de sugerencias.

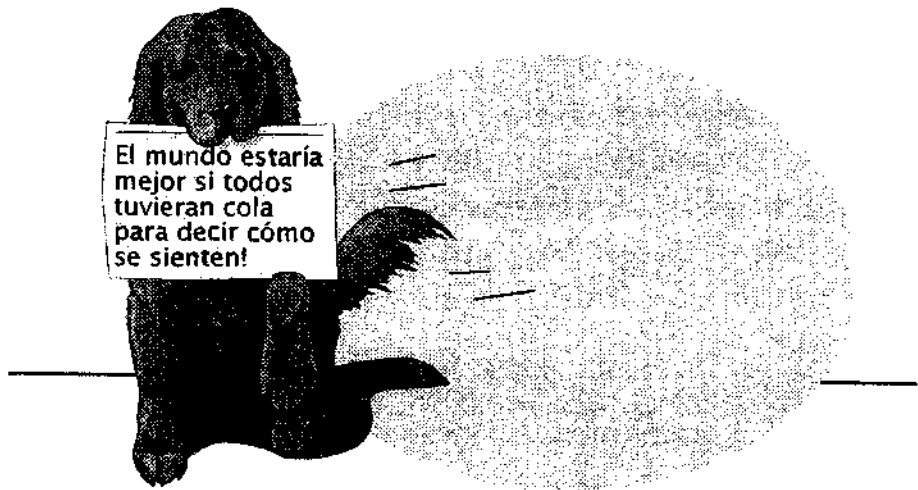
7. Invertir en capacitación y desarrollo

Sin capacitación los empleados se vuelven obsoletos. Es contradictorio exigir a los funcionarios que asuman más responsabilidades si nunca tienen oportunidad de conocer otro tipo de aptitudes, destrezas, ideas, valores.



8. Relaciones interpersonales

Aprender a enfrentar y a manejar conflictos entre funcionarios.
La solución no puede ser trasladar funcionarios.





Un viceministro de mentiras

El Tiempo

Gustavo Francisco Garzón Ñustes, un hombrecillo enjuto, con estatura de pigmeo, pero con una audacia admirable, fue el protagonista de un jocosu incidente ocurrido en Bogotá el pasado 7 de agosto, cuando se hizo pasar

por viceministro de salud y prevalido de su alto cargo, visitó hospitales, hizo atender pacientes y pidió más de una renuncia a médicos y enfermeras que estaban durmiendo.

Todo empezó a las cinco de la tarde en los baños turcos "El Paraíso", situados en la calle 66 con carrera 11, de Bogotá, en donde Garzón Ñustes, ex socorrista de la Cruz Roja, se libraba del estrés mientras saboreaba unos buenos tragos de ginebra.

Al calor del licor le dio por contarle al administrador del negocio que se hallaba bebiendo para celebrar el nombramiento como viceministro de salud, que le acababa de hacer el presidente Belisario Betancur Cuartas. El "nuevo funcionario" fue felicitado por el empleado y los contertulios, quienes a su vez, le ofrecieron más trago.

Hacia la media noche Garzón Ñustes terminó creyéndose él mismo la mentira y tras solicitar al administrador que le enviara la cuenta al día siguiente al Ministerio de Salud, tomó el teléfono y llamó a la central de radio del Ministerio de Salud, en donde se identificó como el nuevo viceministro de Salud, dijo que de acuerdo con la orden presidencial debía hacer una visita a los hospitales y pidió que le enviaran una ambulancia.

A los tres minutos el "viceministro" tenía frente al establecimiento la ambulancia No. SP-148 y se identificó como el doctor Gustavo García, ante el chofer y su ayudante.

Ya en el vehículo llamó a la central de radio y avisó que se dirigía al Hospital San Ignacio. Allí lo esperaba el médico jefe de turno. Preguntó cuántos pacientes habían ingresado a urgencias desde las seis de la tarde y ordenó que todos fueran atendidos de inmediato como ocurrió efectivamente. Mientras tanto, el ayudante de la ambulancia, Hernando Tovar, hacía las veces de secretario y tomaba nota de las fallas que el "funcionario" le iba dictando.

Nuevamente reportó a la central de radio y comunicó que no enviaran pacientes a este centro asistencial porque no había cupo.

En la carrera 10 con calle 6, cuando iba para el Hospital La Samaritana, Garzón Ñustes fue detenido por un gamincito que le informó que estaba enfermo, pero que no querían atenderlo por falta de dinero.

Entonces ordenó al ayudante que lo subiera al vehículo y al llegar al centro asistencial regañó al médico jefe que lo esperaba en la puerta que atendiera al menor, lo que hizo uno de los médicos de turno.

Otro galeno le informó que tenía un paciente de TBC y que no tenía cama y le solicitó que le ayudara a ubicarlo. Por el sistema de radio el "viceministro" llamó a la central y a los pocos minutos el enfermo ya tenía dónde ser atendido; mientras tanto Tovar anotaba todas las fallas que encontraba.

Nuevamente comunicó a la central que se dirigía al Hospital de La Victoria en donde su visita era esperada por el médico jefe. Por el camino llamó al DATT para que le informaran cuántos heridos en accidentes de tránsito habían recogido.

En el Hospital de La Victoria, donde mucha gente esperaba atención médica, preguntó al público si alguien les había negado el servicio. Una mujer embarazada le contó que estaba sintiendo los dolores de parto, pero que el médico le pidió volver en dos horas. Por orden suya, la señora fue atendida.

Siempre con la ayuda del radio teléfono solicitó a la central que le compraran *El Tiempo* y *El Espectador* y que se los tuvieran listos en la puerta del Hospital San José, pero cambió de ruta y se dirigió al Hospital de la Misericordia, en donde los médicos y el mismo portero estaban durmiendo. Inmediatamente, por radio, pidió que enviaran al supervisor de la zona, mientras los médicos y enfermeras salían de sus cuartos desesperados. Regañó a todo el personal de turno y en cinco minutos llegó el supervisor del Ministerio de Salud a quien le pidió que anotara los nombres de los dormilones, porque no estaban cumpliendo con los programas del Gobierno. También ordenó a Tovar que le pasara un memorando al secretario de salud para informarle del caso.

En el Hospital San José el "viceministro" era esperado con los periódicos y "ponchó" a las enfermeras durmiendo, por lo cual regañó a los médicos porque "ustedes son los responsables de que se cumpla el trabajo". Cuando iba hacia la Caja de Previsión Social escuchó por radio que la policía acababa de recoger a un herido a puñal y mandó que lo internaran en La Hortúa.

En la Caja de Previsión Social estaban durmiendo el personal médico y las enfermeras. El "viceministro" montó en cólera, solicitó el envío del supervisor de la zona y además le pidió al médico jefe que le presentara la renuncia, ya que ni él ni su personal estaban cumpliendo el turno.

Garzón Ñustes se encaminó luego al Hospital de Bosa y allí lo recibió gran cantidad de gente en medio de vítores. La central de radio le comunicó que un periodista de una cadena radial quería entrevistarlo. El periodista lo felicitó porque estaba adelantando una excelente labor y le recalcó que esto no lo había hecho hasta ahora ningún viceministro. Le respondió que lo hacía de acuerdo con las pautas que le había trazado el presidente Betancur.

Finalmente, le solicitó al conductor que lo llevara a toda velocidad al norte de la ciudad, pero cuando llegaba a la carrera 27 con calle 2, sirena en aire, el vehículo se estrelló contra un taxi. El "viceministro" se bajó y se perdió entre los curiosos.

Garzón Ñustes dijo ante el F-2 poco después de su captura que "fue una bonita experiencia". Lástima que esto de viceministro de salud no fuera cierto, porque pensaba meter a trabajar a un médico amigo suyo de apellido

Rueda, que se encuentra varado. También prometió puesto en un hospital, al ayudante Garzón.

El falso viceministro de salud pasó detenido a los patios de la cárcel Modelo acusado de suplantación de autoridad, daño en cosa ajena y engaño. Un agente de la policía que escuchó este relato sólo atinó a decir: "¡Lástima que este paisano no fuera en verdad viceministro de Salud...!".

Ejercicio

El caso anterior ha sido convertido en una lectura un poco divertida, pero cualquier persona, y más usted que es un funcionario de salud, podría plantearse muchas preguntas:

1. ¿Se puede llegar tan fácilmente a viceministro?
(Vea las películas "Desde el Jardín" y "Forrest Gump").
2. ¿Son tan evidentes las fallas de un sistema?
3. A pesar de ello ¿son tan fácilmente corregibles?
4. Una conclusión de la lectura podría ser algo que dice mucha gente: "Administrar es simplemente sentido común". ¿Qué opina?

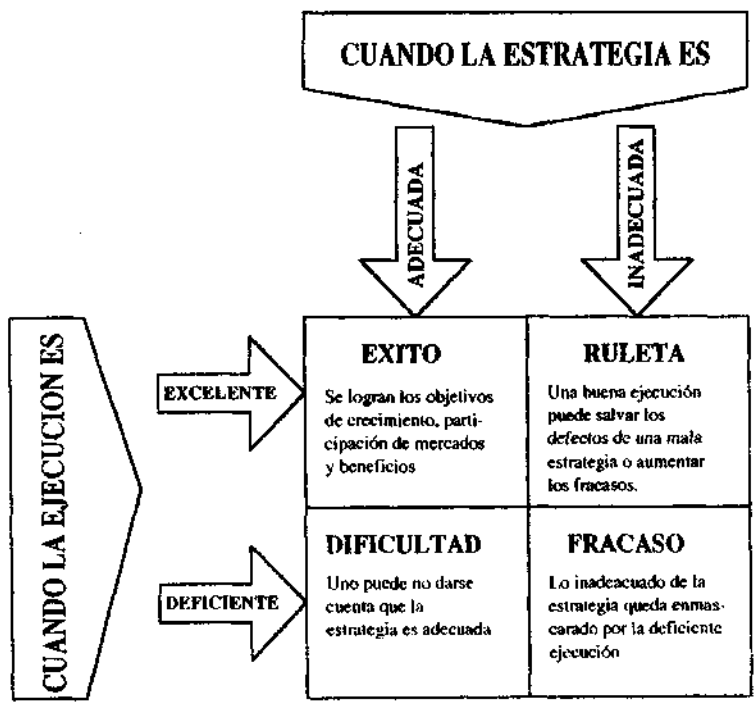
Marco teórico

El trabajo de planeación y desarrollo del producto será estéril si no es controlado y evaluado simultáneamente. En todas las áreas del plan estratégico se lleva auditoría constante: nivel de servicios, impacto de una publicidad, resultados de una promoción, opiniones acerca del servicio, entre otros.

Las instituciones de salud que deseen hacer mercadeo deben hacer evaluación y control y esto no puede limitarse a un buzón pasivo de sugerencias. Deben establecerse niveles de cumplimiento, realizar encuestas entre el personal y entre los usuarios, evaluar las actitudes y las respuestas de la competencia a la estrategia propia.

Es necesario, en general, evaluar la relación costo-beneficio del proceso utilizado, pero teniendo en cuenta que ni los costos, ni los beneficios de la salud pueden medirse sólo en dinero.

La siguiente matriz debe considerarse para evaluar estrategias:



Herramientas de trabajo:

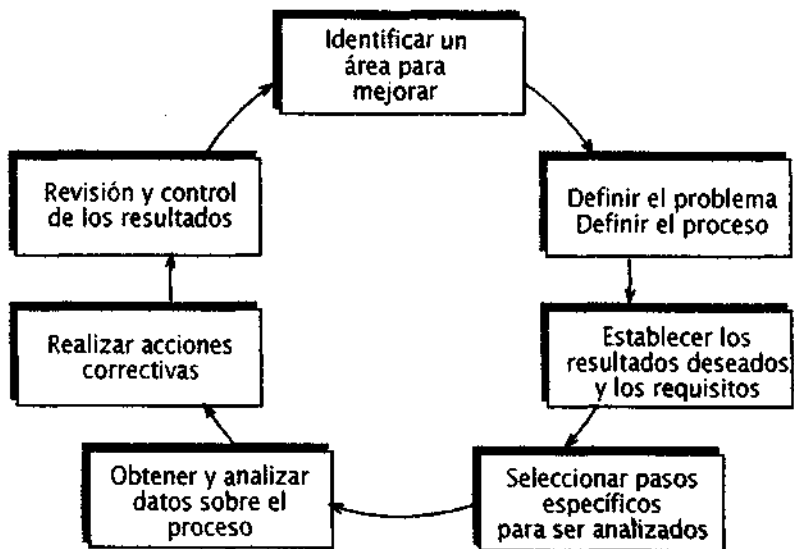
La utilización de una matriz para seleccionar áreas que puedan mejorarse

(Adaptado de Actualidad Gerencial en Planificación Familiar, Volumen 2 No. 1, 1993).

El primer paso en la aplicación del proceso de mejoramiento continuo de la calidad (PMC) consiste en identificar las áreas en las que el mejoramiento es tanto necesario como factible. Esto puede hacerse por medio de la selección de áreas sobre las cuales la organización tiene el control para realizar los cambios y la determinación sobre cuáles cambios tendrán el mayor impacto para mejorar la calidad o la eficiencia de los servicios. Con frecuencia los miembros del equipo de mejoramiento continuo identificarán muchas áreas donde deben realizarse mejoras, pero les será difícil decidir cuáles de éstas deben estudiar.

Este paso puede facilitarse al desarrollar una lista de criterios que reflejen las prioridades, recursos y limitaciones administrativas, y al evaluar cada área propuesta para mejorarse con base en estos criterios.

Ciclo de Mejoramiento Continuo



Una vez que el equipo ha desarrollado la lista de criterios, deberá prepararse una tabla de comparación (o matriz) para que el equipo pueda considerar cada área propuesta para mejora, y utilizando estos criterios. Al desarrollar y usar esta matriz, podrá identificarse más fácilmente cuáles áreas tendrán más impacto en mejorar la calidad o la eficiencia. La matriz también ayu-

dará a los miembros del equipo de mejoramiento continuo a decidir los problemas en los que deberán trabajar primero y a priorizar las áreas que estudiarán después.

Matriz de selección de muestra

Area para mejorar	Criterios									
	La organización tiene control sobre los cambios	El proceso es importante para el cliente externo	El proceso es importante para el cliente interno	Los miembros del equipo de mejoramiento continuo están de acuerdo en la importancia del problema	El proceso tiene alta visibilidad	La esfera de acción del proceso es limitada/ los cambios son factibles	Las personas que participan en el proceso cooperarán	El ciclo del proceso es corto	Se obtienen regularmente datos sobre el proceso	Hay recursos disponibles para realizar cambio
Registro de clientes										
Sistema de suministro de anticonceptivos orales										
Sistema de seguimiento de clientes que fallaron a sus citas										
Archivo de expedientes viejos										

Uso de diagramas de flujo

La elaboración de diagramas de flujo constituye una técnica utilizada para analizar la secuencia de actividades que ocurren en un proceso específico que se ha escogido para ser estudiado. El elaborar un diagrama de flujo, permite a un equipo argumentar un proceso rutinario o una serie de activi-

dades en los componentes que conforman el proceso. Un diagrama de flujo también ayuda a definir las relaciones entre las actividades y los resultados esperados de estas actividades.


Para elaborar un diagrama de flujo se necesita definir el principio y el final de un proceso o sistema en particular, y delinear (en secuencia) las actividades que conforman el proceso.

Cómo hacer un diagrama de flujo de un proceso

1. Determinar el primero y último pasos del proceso.
2. Anotar el primer paso en la parte superior de la página y dibujar una

 alrededor de él.

3. Escribir cada paso del proceso en secuencia.

Utilizar  para las actividades.

Utilizar  para las decisiones.

4. Señalar el sentido del diagrama de flujo desde el principio hasta el final mediante la conexión de todos los rectángulos (actividades) y diamantes (puntos de decisión).
5. Regresar al principio de la trayectoria y repetir el paso 4 para cualquier trayectoria que se ramifique de la principal.
6. Anotar el último paso en la parte inferior de la página, dibujar una elipse alrededor de él y conectar la trayectoria primaria con sus ramificaciones hasta el último paso.
7. Revisar la exactitud.

En un diagrama de flujo más complicado, puede haber pequeñas trayectorias que se ramifiquen a partir de un punto de decisión, ya que cada punto

de decisión indica un proceso alternativo que puede llevarse a cabo antes de que se reincorpore al proceso para completarlo posteriormente.

Definición de los requisitos y los resultados esperados

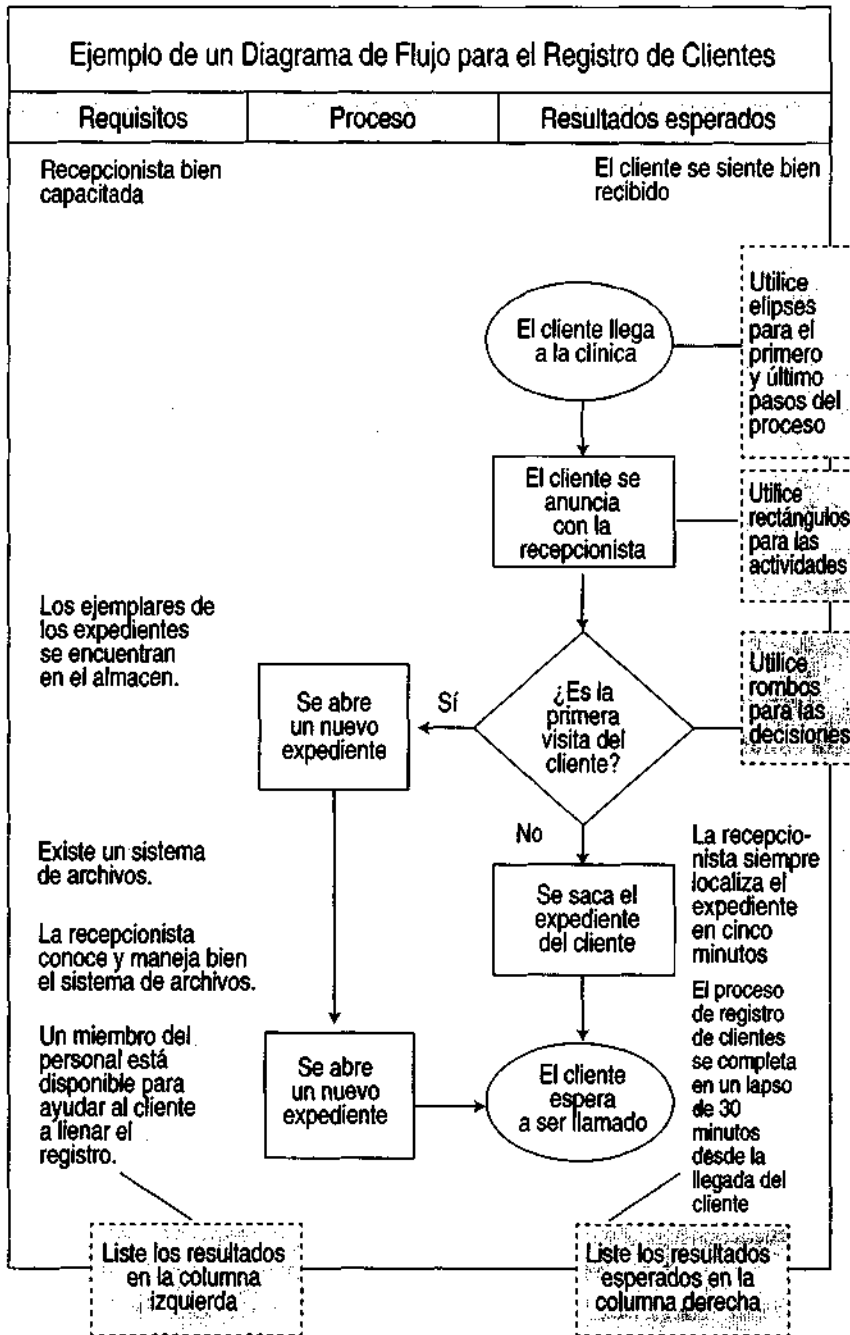
Para completar el diagrama, escriba los requisitos que son necesarios para que cada actividad pueda ocurrir. Registre los requisitos en la columna de la izquierda junto a cada actividad. Estos requisitos, con frecuencia, tienen que ver con los recursos, que pueden ser humanos, financieros y materiales. Luego, en la columna de la derecha, escriba los objetivos deseados para cada actividad en el proceso.

Escriba los objetivos deseados para todo el proceso en la parte inferior del diagrama de flujo. Al determinar los requisitos y objetivos deseados en el proceso, es también importante considerar el tiempo necesario para desarrollar cada actividad, así como otras limitaciones.

Una vez que se ha completado el diagrama de flujo y se han anotado los requisitos y los resultados esperados, el diagrama de flujo puede utilizarse para comparar las diferencias entre los resultados deseados y los logrados efectivamente. Con frecuencia se encuentran problemas donde los resultados deseados son muy diferentes de los logrados. El realizar esta comparación ayudará a seleccionar los pasos específicos sobre los que deberá enfocar sus esfuerzos el equipo.

También sería útil crear un diagrama de flujo de cualquier sistema nuevo o modificado, que podrá entonces ser utilizado para presentar el nuevo sistema (o proceso) al resto del personal en su organización. El diagrama de flujo ayudará a su personal a visualizar dónde se han llevado a cabo los cambios y cómo los cambios producirán un resultado positivo:

A continuación se presenta un ejemplo de un diagrama de flujo para el registro de clientes (pacientes).



“Lluvia de ideas”

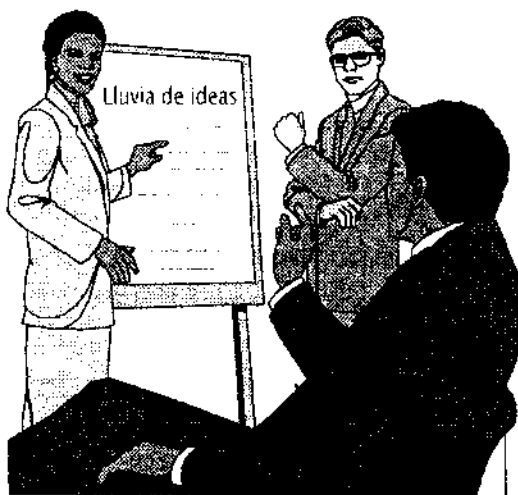
La “lluvia de ideas” es una excelente técnica para generar supuestos sobre las causas posibles de un problema. Esta técnica se basa en la suposición de que todas las ideas son útiles, motivando de esta manera al equipo a que piense creativamente.

Al invitar personas a la sesión de “lluvia de ideas”, que tengan diferentes perspectivas (por ejemplo, un clínico, un empleado, un administrador, un cliente, un funcionario de finanzas, etc.), es más probable que la sesión produzca ideas innovadoras que puedan no haber sido consideradas antes.

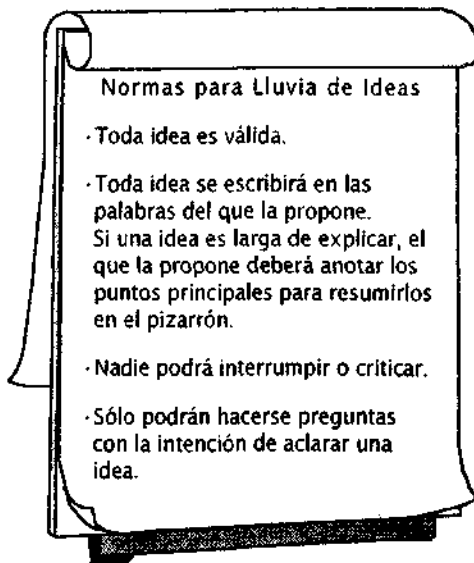
Esta técnica puede utilizarse en cualquier paso del PMC, pero puede ser especialmente útil cuando el equipo está discutiendo las posibles causas de un problema o los factores que están afectando el logro de los objetivos deseados.

Cómo realizar una “Lluvia de ideas” sobre las posibles causas de un problema.

1. Formar un grupo de personas que produzca una lista de posibles causas de un problema.
2. Escriba el problema claramente en un rotafolio o un pizarrón. Asegúrese de que todos los asistentes entienden el problema claramente.



3. Acordar normas para la sesión de lluvia de ideas y escribirlas.



4. Pida al grupo que identifique las posibles causas del problema que se está estudiando y anote cada idea. (El facilitador puede catalizar el proceso preguntando por qué no se están logrando los objetivos deseados).

5. Continúe hasta que ya no se aporten más ideas.

Diagrama de causa y efecto

Un diagrama de causa y efecto es un instrumento que el equipo de mejoramiento continuo puede usar para agrupar, de una manera ordenada, las ideas de la gente sobre las causas de un problema. Un diagrama de causa y efecto (también conocido como diagrama de esqueleto de pescado) ayuda al equipo a determinar tanto las causas primarias, como secundarias de un problema y es útil para organizar las ideas generadas en la sesión de "Lluvia de ideas".

El utilizar un diagrama de causa y efecto obliga al equipo a considerar la complejidad del problema y ver objetivamente todos los factores que contribuyen a él. De otra forma, los miembros del equipo PMC pueden pensar que una o dos causas relacionadas con los factores más recientes del problema, son las más importantes, cuando de hecho puede haber otras causas subyacentes de más relevancia. Construir un diagrama no resuelve el problema, pero asegura que el equipo no pase por alto ninguna causa posible del problema.

Instrumentos para recolectar información, tales como hojas de cuentas, encuestas y los registros de las clínicas son algunas de las fuentes de información que el equipo puede utilizar para señalar las posibles causas de un pro-

blema. Un diagrama de causa y efecto debe ser utilizado cuando el equipo está diciendo qué pasos específicos del proceso deberá estudiar.

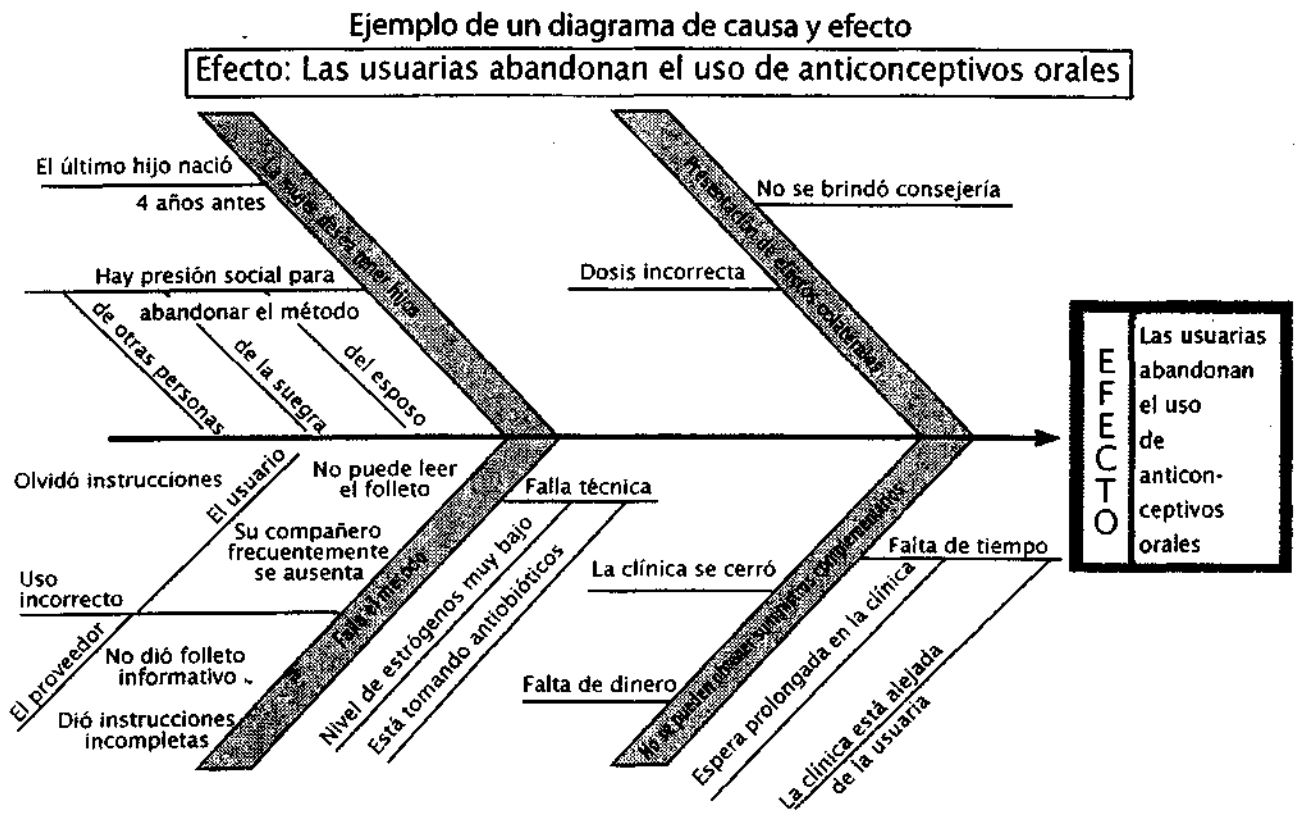
Si se examina un diagrama de causa y efecto, los miembros del equipo podrán más fácilmente escoger uno o más aspectos del problema sobre el que ejercen control e identificar aquellos que creen que pueden mejorar la situación significativamente.

Cómo desarrollar un diagrama de causa y efecto



1. Haga un dibujo preliminar de un diagrama de "esqueleto de pescado" y en el cuadro marcado "efecto" anote el problema.
2. Repase el diagrama de flujo del proceso que ha dibujado y considere los diversos aspectos del problema que está estudiando.
3. Haga una "lluvia de ideas" sobre los factores (causas) que afectan los resultados de cada paso del proceso. Para ayudar a determinar las causas del problema, recuerde que las causas pueden estar relacionadas con muchos aspectos de la oferta del servicio. La instalación en sí, recursos materiales, procesos de ejecución de las actividades, las personas o el sistema por medio del cual se mide el desempeño.
4. Diligencie el diagrama de tal manera que las causas estén organizadas de forma lógica y muestren tanto las causas primarias como secundarias del problema.
5. Examine el diagrama, resuma las causas primarias y secundarias del problema, determine sobre qué causas puede el equipo controlar los cambios o mejoras, y obtenga datos para determinar qué factores contribuyen más a la existencia del problema.

Un ejemplo tomado de una campaña de uso de anticonceptivos orales, es el siguiente:



Análisis del flujo de clientes

En muchas clínicas es frecuente que los clientes tengan que esperar mucho tiempo antes de ser atendidos. El análisis del flujo de clientes es útil para descubrir las causas principales de los tiempos de espera prolongados. También puede contribuir al análisis y comprensión de todas las actividades de la clínica, incluida la ruta que siguen los clientes en el transcurso de su estancia en la clínica, y puede sugerir cambios que aseguren un proceso uniforme y eficiente en la medida en que participan diferentes miembros del personal.

Un análisis de flujo de clientes es el registro del tiempo que tarda cada uno para realizar todos los trámites y recibir toda la atención durante su visita en la clínica.

Las formas para el flujo de clientes, las cuales pueden ayudar a que el equipo de mejoramiento continuo recopile y analice este tipo de datos, son diseñadas para que se utilicen por el personal y pueden producir información valiosa sobre los procedimientos clínicos.

Al final del día, la información derivada del análisis de flujo de clientes puede representarse en una gráfica para mostrar, por ejemplo, el tiempo que los clientes esperan en vez de ser atendidos. Otra información, como el tiempo que el personal invierte en los clientes o en qué parte de la ruta que siguen los clientes hay mayor congestión, puede proporcionar ideas al equipo de mejoramiento continuo sobre los factores que impiden mayor eficiencia del personal, del uso del tiempo y los materiales.

Análisis de Pareto

El análisis de "Pareto" tiene su origen en el trabajo del economista italiano Wilfredo Pareto. El principio de Pareto establece que sólo unos cuantos factores producen la mayor parte de un resultado (positivo o negativo). Este principio después fue aplicado a la teoría del mejoramiento de la calidad del doctor Joseph Juran, quien habló de la necesidad de identificar estos "pocos factores" de modo que los recursos para el mejoramiento de la calidad pudieran concentrarse en esas áreas.

El objetivo de cualquier esfuerzo orientado a mejorar la calidad, es revisar las "pocas causas vitales" de los problemas y al hacerlo, avanzar en el

desempeño global de un proceso. Centrarse en los "pocos vitales" produce las mayores ganancias potenciales de las actividades destinadas al mejoramiento de la calidad.

Igual que una gráfica de barras, el análisis de Pareto muestra la frecuencia de respuestas, casos o diferentes categorías de datos (o causas de un problema); solo que en un diagrama de Pareto, las respuestas están ordenadas de las que presentan mayor o menor frecuencia. Además, para cada respuesta, el análisis de Pareto muestra el porcentaje acumulado de su contribución para la generación del problema. Esto no sólo permite al equipo identificar los dos o tres factores (causas) que originan la mayor parte del problema, sino que también permiten cuantificar lo que representan estos "pocos vitales" del total.

Cómo hacer una análisis de Pareto

Durante la temporada de Semana Santa muchos habitantes de Cali viajan a las playas de la Costa Pacífica y al regreso se observa un aumento sustancial de los casos de malaria. Se decide hacer un análisis de Pareto para evaluar las razones por las cuales las personas no realizan medidas de prevención:

1. Divida los datos en categorías, como cada una de las razones dadas para la no toma de medidas de prevención, cuente y registre el número de veces que cada razón es citada.

2. Construya una tabla de frecuencias para ordenar las respuestas, de la más común a la que ocurre menor número de veces. Anote el número de veces que cada razón fue citada. Escriba el total de las respuestas al final de la columna.

3. Para cada categoría de datos (o razón), calcule el porcentaje que representa del total de respuestas y aproxímelo al porcentaje entero más cercano. En este ejemplo, se contó un total de 84 respuestas. Esas, 84,35 (42%) se refirieron a la falta de información sobre la presencia de la enfermedad en la zona



(35 dividido entre 84 = 416 o 42%). El siguiente número más alto de respuestas, 25 (297 o 30%) indicó falta de acceso a los servicios de erradicación.

4. Calcule y registre los porcentajes acumulados. Comience por la respuesta con el más alto porcentaje (en este ejemplo, 42%) en la parte superior de la tercera columna. Suma a este valor, el porcentaje de la siguiente respuesta (por ejemplo, 42% más 30% = 72%) y anote el porcentaje acumulado (72%) también en la tercera columna. Continúe registrando los porcentajes acumulados de cada tipo adicional de respuesta, hasta completar la tabla.

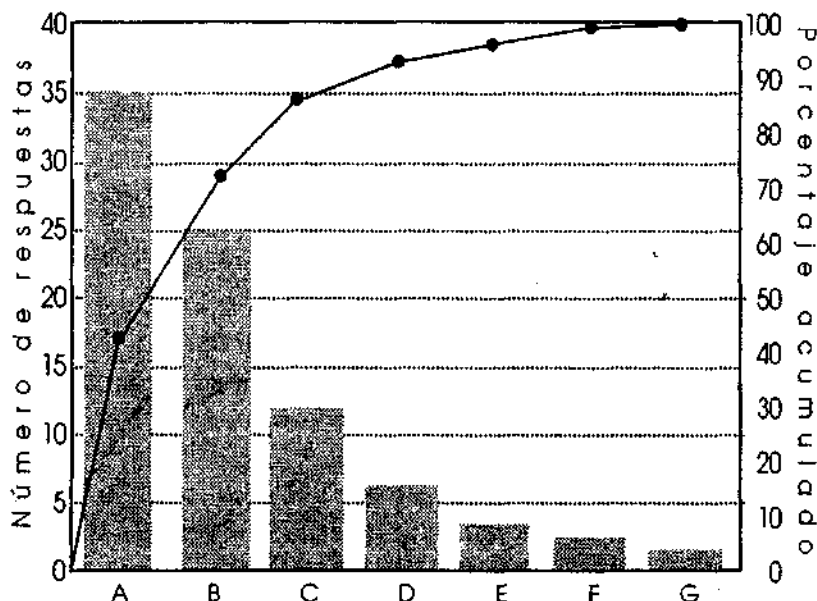
5. Con los datos de la tabla de frecuencias, elabore una gráfica de barras que presente el número de veces (frecuencia) que cada respuesta fue citada, ordenándolas de las más común (a la izquierda), a la respuesta menos mencionada (a la derecha). En el eje vertical de la izquierda se indica el número de veces que la respuesta fue dada (desde cero al número máximo encontrado), y en el eje de la derecha, el porcentaje acumulado de cada tipo adicional de respuesta. Por último, trace una línea que una los puntos.

En cualquier intento del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, los miembros del equipo deben preguntarse: "¿cuáles son los pocos factores que contribuyen a provocar la mayor parte del problema global?". El análisis de Pareto es una técnica para encontrar la respuesta. En el ejemplo, hay dos razones para no prevenir la malaria – falta de información y falta de acceso a los servicios de erradicación o a los servicios de salud- los cuales representan el 72% del problema. En este caso, el equipo debe dirigir sus esfuerzos a estas dos causas.

Ejemplo de análisis de Pareto

Razones para no prevenir la malaria			
Frecuencia			
Razones para no prevenir la malaria	No. de veces citados	% del total de respuestas (aprox.)	Porcentaje acumulado
A. Falta de información.	35	42	42
B. Falta de acceso a los servicios de erradicación.	25	30	72
C. Cree que usar repelentes en pies es suficiente.	12	14	86
D. No piensa que le vaya a dar la enfermedad.	6	7	93
E. Toma tiamina.	3	4	97
F. No le gusta dormir con toldillo.	2	2	99
G. Otras.	1	1	100
Total	84	100	100

Razones para no prevenir la malaria y % de contribución al problema



Análisis de casos modelo ("Benchmarking")

Al comparar el proceso seguido en su organización con el de otras instituciones de planificación familiar o de salud, mediante una técnica llamada "análisis de casos modelo" (benchmarking), usted puede desarrollar nuevas ideas sobre cómo modificar y mejorar el proceso que ha seleccionado. No todos los intentos para el mejoramiento continuo de la calidad requieren esta técnica.

Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar productos (bienes o servicios) y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras de la organización.

La decisión de destinar tiempo y recursos para el análisis de algún caso modelo depende en parte de la magnitud y complejidad del problema que se aborde y de qué tan crítico es el proceso para el logro de los objetivos de la organización. Esta técnica puede utilizarse cuando se haya decidido qué acciones realizar para corregir un problema.

Cómo utilizar la técnica de análisis de casos modelo (Benchmarking)

Para determinar si el análisis de algún caso modelo proporcionará ideas útiles para modificar el proceso seleccionado, es necesario responder las siguientes preguntas:

¿El proceso produce uno de los servicios más importantes?

¿Los pacientes están insatisfechos con el servicio que reciben como resultado del proceso?

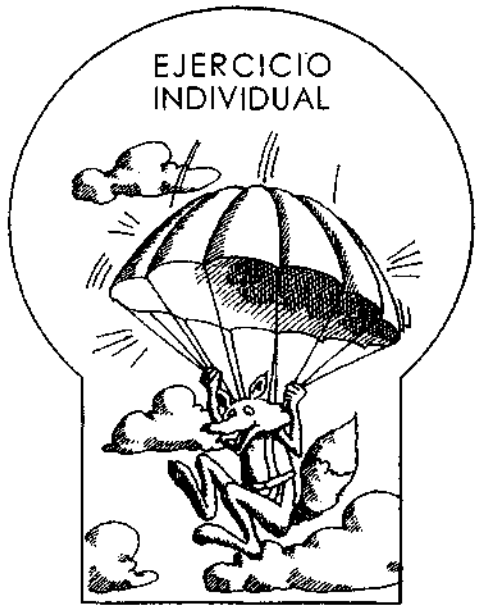
¿El mejoramiento del proceso apoyará la estrategia global del programa?

¿Es posible obtener los datos necesarios para analizar este proceso de modo que se puedan hacer comparaciones con otras organizaciones?

- **Designe un equipo para el análisis del caso modelo**, incluya en el equipo a alguien que tenga experiencia en el proceso que se pretende mejorar. Entre los miembros también debe incluirse a una persona

destinada a ejecutar los cambios en la organización, una persona responsable de coordinar el análisis del caso y, si es necesario, un cliente del programa. Designe a una persona como responsable del equipo.

- **Seleccione la organización que será estudiada**, identifique a una organización que ofrezca servicios de salud (de preferencia que no sea competidora) o un líder en el proceso que se estudia, que esté en condiciones de compartir información. Por ejemplo, para analizar un caso modelo en el aspecto del sistema de suministros de insecticidas, seleccione a un líder reconocido en almacenamiento y distribución o elija una organización que tenga métodos eficaces en almacenamiento, localización, distribución y compras de insecticidas.
- **Haga contacto con la organización que será estudiada**, explique el propósito de la visita propuesta, obtenga el apoyo necesario y determine una fecha.
- **Recopile información durante la visita**, determinando con anticipación la clase de información que necesita. Envíe una lista de sus preguntas a su contacto en la organización que será estudiada, de modo que esté preparado para su visita. Acuerde una agenda para visita. Prepare una reunión, un recorrido por las instalaciones y obtenga respuestas a sus preguntas. Pregunte acerca de los planes de la organización en cuanto al proceso que se investiga y prepárese para compartir información sobre su propia organización (controles, inventario de antídotos, equipos de fumigación, seguridad industrial, entre otros).
- **Identifique las diferencias importantes** entre el proceso de su organización y el proceso de la organización estudiada.
- **Presente sus resultados al equipo**, establezca nuevos objetivos y use los resultados para proponer mejoras al proceso.



Ciclo de servicio

Este ejercicio pretende que usted piense en los momentos de verdad o contactos que debe realizar una persona (cliente) que necesita de sus servicios como funcionario de salud.

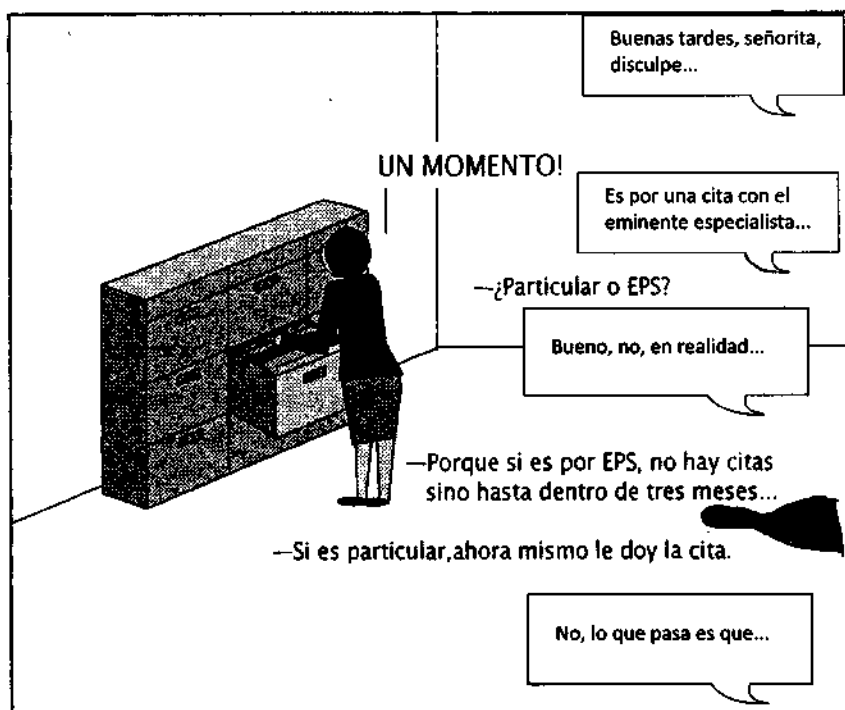
1. Si una persona tiene un problema relacionado con sus funciones:

¿Cómo sabe que usted existe?

2. Una vez esa persona llega a su oficina ¿cómo es la calidad del servicio que usted ofrece? Hágase una autoevaluación.

3. Postservicio. ¿Cuántos contactos adicionales deben hacerse para dar una solución al problema?

4. De acuerdo con este análisis ¿cuántas personas intervinieron en la solución del problema? ¿cuántos momentos de verdad se necesitaron? ¿cuál fue la calidad de cada uno de esos momentos de verdad?



Todos los gerentes deben apelar a dos tipos de recursos:

Su propia habilidad y su experiencia

Un buen jefe:

- . Da un buen ejemplo, para que sus subalternos lo sigan.
- . Mantiene informado a sus seguidores de todo cuanto acontece en la asociación y les indica cómo se verán afectados por lo que ha sucedido.
- . Se pone a disposición de sus seguidores para lo que necesiten.
- . Reconoce las aspiraciones de los miembros del grupo y trata de orientarlos para que alcancen sus metas personales.
- . No da órdenes, pide y sugiere.
- . Hace énfasis en la importancia de la habilidad.
- . Sabe premiar un nuevo método de acometer un problema.
- . Recuerda a todos la importancia de su aporte para el éxito general.
- . Elogia en público, donde la alabanza rinde el máximo.
- . Critica en privado, donde la recriminación hiera menos.
- . Critica constructivamente y hace hincapié en la corrección de la falta, no en su culpa. En su crítica halla algo que alabar.

La buena voluntad y la confianza de su personal

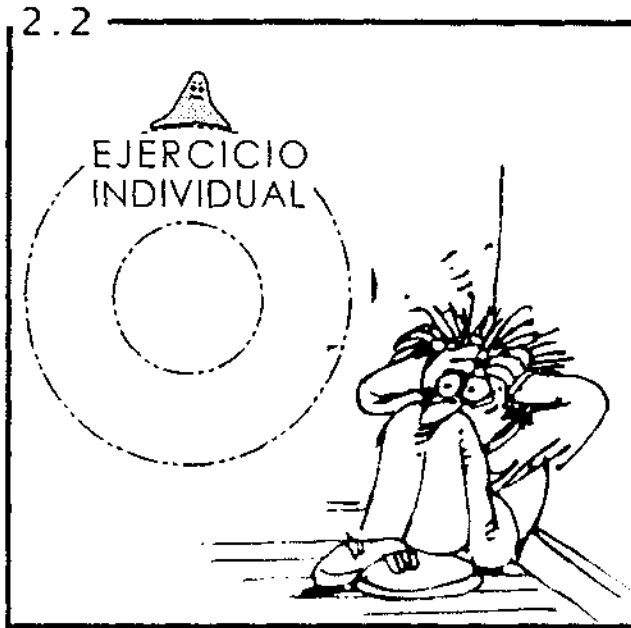
Que tal la definición de su equipo:

Yo un instante.
Tú un instante.
Juntos... ¡la eternidad!



¿Y qué los ha unido tanto?





El trabajo en grupo

Ejercicio adaptado del libro de Lewis M. y Kelly G. *La eficiencia Administrativa*, Editorial Norma.

“Participación personal en los distintos grupos”:

Como parte de nuestro trabajo, todos tenemos que participar en distintos tipos de grupos,

que en ocasiones reciben el nombre de comités, grupos especiales, grupos de proyectos. Ahora usted debe completar el cuadro, respondiendo a las siguientes preguntas:

1. ¿A cuáles “grupos” pertenece usted en su trabajo? Concéntrese en los grupos formales y no en los de índole informal o social a los cuales también pertenezca.
2. Tomando grupo por grupo, identifique su principal función o propósito en la organización.
3. Indique en qué consiste su participación en cada grupo, e indique si es su “líder” o uno de sus integrantes. Ser “líder” significa presidir, convocar o desempeñar alguna otra función reconocida de liderazgo.

Trate de ser lo más minucioso posible. Una vez que haya respondido las preguntas, lea sus respuestas. ¿Ha omitido algo? Recuerde que algunos grupos no se reúnen con mucha frecuencia, y por tanto, es fácil olvidarlos.

Participación personal en los distintos grupos

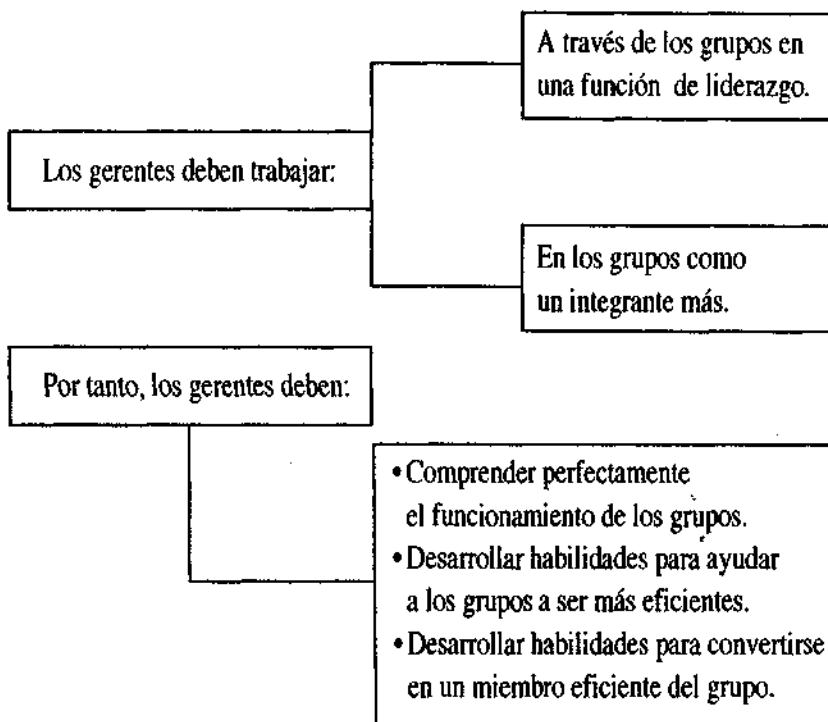
GRUPOS	PROPÓSITO / FUNCIÓN DE LOS GRUPOS	FUNCIÓN DE USTED: ¿LÍDER O MIEMBRO?

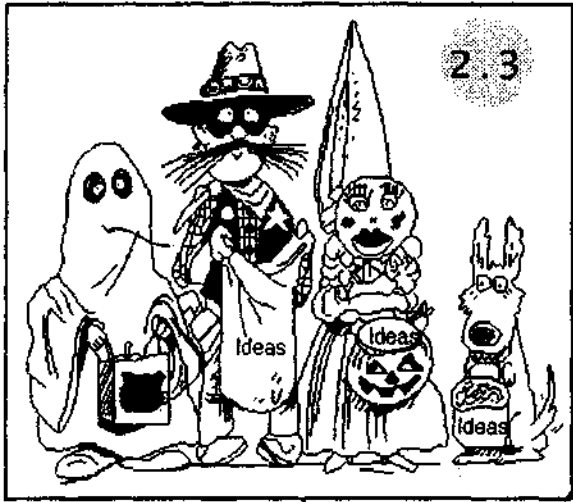
Los grupos de trabajo y el gerente

**Los grupos de trabajo:
Cada vez más son un hecho de la vida de la organización.**

Razones:

1. La complejidad de los problemas que debe enfrentar la organización exige, para su solución, reunir los conocimientos y las habilidades de un grupo.
2. La creciente importancia que se le ha atribuido a la necesidad de contar con una gerencia participativa.





La eficiencia de un grupo de trabajo

- 1. Divídanse en grupos pequeños, de unas cuatro personas.
- 2. Cada grupo debe elaborar una lista de factores que determinan la eficiencia de un grupo de trabajo.

Los miembros del grupo deben intercambiar inicialmente sus ideas. Luego deben elaborar la lista de común acuerdo.

(Utilicen el espacio que aparece en la página siguiente para anotar la lista de factores).

3. Una vez que hayan llegado a un acuerdo acerca de los "factores de eficiencia", identifiquen los cuatro factores más importantes de la lista. El grupo debe tener una idea clara de por qué esos cuatro factores son los más importantes.

Factores de eficiencia	Cuatro factores principales

4. Trabajando todavía en grupo, dedíquenle 10 minutos a cada uno de los cuatro factores "más importantes", vislumbren e identifiquen y analicen las medidas concretas que los gerentes pueden tomar para fomentar su desarrollo.

Traten de no hablar en términos generales. Sean concretos e intenten concentrarse en todos los factores que intervendrían en determinado curso de acción. Utilicen el espacio siguiente para anotar ideas.

Cuatro factores principales	Medidas que puede tomar el gerente

5. Reúnanse con los demás participantes. Cada uno de los grupos debe exponer brevemente sus cuatro factores más importantes y describir las medidas concretas que, en su opinión, deben tomar los gerentes para fomentar su desarrollo. Todos los participantes deben intercambiar opiniones acerca de las semejanzas y las diferencias que hay entre las ideas de los distintos grupos. Traten de aprender de las ideas de los demás.

Administración del tiempo

La falta de tiempo es una de las principales causas de pérdida o incumplimiento de objetivos. ¿Realmente falta tiempo?

Hagamos el siguiente ejercicio, adaptado también del libro de Lewis M. y Kelly G. La Eficiencia Administrativa, Editorial Norma.

Tiempo:

El recurso más olvidado y el peor manejado.

La falta de tiempo puede ser el resultado de:

- Tener demasiadas cosas que hacer.
- Tener un trabajo demasiado fragmentado que no le permite al gerente ponerse al día con las labores que exigen mayor reflexión.
- No saber organizar debidamente el trabajo.

Hágase usted mismo preguntas como estas:

- ¿Está usted dedicando su tiempo a cosas que realmente ni usted ni nadie debería hacer?
- ¿Está usted haciendo cosas que otra persona podría hacer tan bien como usted?

Dificultades para delegar:

- El "yo puedo hacerlo mejor".
- Falta de habilidad para coordinar o dirigir a los demás.
- Falta de confianza en los colaboradores.
- La ausencia de controles que permitan detectar dificultades.
- El temor a perder el control.

Cómo lograr la delegación:

- Definir cuáles son las funciones susceptibles de ser delegadas.
- Definir los estándares y los objetivos de las funciones delegadas.
- Iniciar muy lentamente y con abundante retroalimentación.
- Evaluar los efectos en el grupo.

¿En qué forma los demás propician su pérdida de tiempo?

La alternativa del gerente

¿Maneja usted su tiempo o deja que el tiempo lo maneje a usted?

Utilización personal del tiempo

Esta actividad proporciona a usted un marco para examinar la forma en que emplea su tiempo en la actualidad.

Complete la sección A individualmente y luego reúnanse con uno de sus colegas para trabajar en la sección B. Realice cada actividad con mucha atención y cuidado. En sus respuestas sea lo más honesto y preciso posible.

Sección A

1. En la columna (i) del cuadro de utilización personal del tiempo anote las responsabilidades principales de su cargo, según fueron establecidas por la organización.
2. También en la columna (i) anote cualquier otra actividad que deba realizar durante la semana normal de trabajo. (Incluya tanto las actividades que están relacionadas con el trabajo como las que no están, según el caso).
3. En el cuadro que aparece en la base de la columna (ii) escriba el número de horas que le dedica normalmente a su trabajo durante la semana.
4. Calcule el número aproximado de horas que le dedica semanalmente a cada uno de los puntos anotados en la columna (i), y escriba dicho número en la columna (ii).

Sección B

Reúnase con un colega.

1. Dedicuen algunos minutos a considerar las siguientes preguntas:

- Mire su cuadro de utilización del tiempo. ¿Qué opina de lo que aparece anotado en él?
- ¿Dedica usted la cantidad "correcta" de tiempo a hacer las cosas "correctas"?
- Puede usted dilucidar mejores formas de utilizar su tiempo en el trabajo?
Sea lo más concreto posible al identificar las áreas en que puede mejorar.

2. Ahora, por turnos, cada pareja intercambia sus opiniones e impresiones. Recuerde que está considerando su propio tiempo. Solamente usted puede realmente decidir cómo utilizar mejor este recurso crítico cuyo manejo determina, en gran medida, su propia eficiencia y la de su personal.

Mejorar la utilización del tiempo

Todos tenemos oportunidades para aprender a utilizar mejor nuestro tiempo personal. Todos experimentamos problemas relacionadas con el tiempo en nuestro trabajo... y en otros aspectos de nuestra vida. Sin embargo, para convertir estos problemas en oportunidades debemos entender las causas de tales problemas e identificar las consecuencias de ellos. Sólo entonces podremos desarrollar planes apropiados para utilizar mejor nuestro tiempo. Esta actividad es un medio para progresar hacia ese objetivo.

Sección A

Complete el cuestionario de la página siguiente individualmente, y cerciórese de haber contestado todos los puntos.

Marque (✓) la columna apropiada en cada caso.

PUNTOS		DE ACUERDO		EN DESACUERDO	
		TOTALMENTE LIGERAMENTE		TOTALMENTE LIGERAMENTE	
1.	Al parecer, los demás siempre vienen a pedirme consejo.				
2.	Mi trabajo tiende a acumularse.				
3.	Parece que nunca tengo tiempo para mí mismo.				
4.	Gasto demasiado tiempo en reuniones.				
5.	Parece que siempre estoy tratando de hacer muchas cosas al mismo tiempo.				
6.	Tiendo a dejar para después el trabajo que no me agrada.				
7.	Tiendo a extraviar o traspapelar los documentos, memorando, etcétera.				
8.	Nunca tengo tiempo para pensar.				
9.	Parece que el teléfono nunca deja de sonar.				
10.	Siempre estoy escribiendo cartas, memorando e informes.				
11.	Gasto mucho tiempo viajando de acá para allá.				
12.	Tengo que iniciar y suspender distintos trabajos con frecuencia.				
13.	Me cuesta trabajo decirles "no" a los demás cuando me piden algo.				
14.	Tengo que tramitar demasiados papeles.				

Sección B

Reúnase con uno de sus colegas para realizar las actividades que aparecen a continuación. Invierta aproximadamente la mitad del tiempo asignado a esta sección de la actividad, enfocando su situación; el resto del tiempo se invierte en la situación de su colega.

1. Basándose en las respuestas del cuestionario, identifique y anote los puntos con los cuales está "totalmente de acuerdo".

Totalmente de acuerdo:

-
-
-
-

2. Tome los puntos "totalmente de acuerdo" y pregúntese usted por qué, en cada caso. Trate de ser lo más concreto posible. ¿Qué cosa hacen los demás que contribuya al problema? ¿en qué forma contribuye usted al problema? Discuta todo esto con su colega.

3. Respecto de cada punto "totalmente de acuerdo", trate de identificar con la mayor claridad posible, las consecuencias de cada problema particular relacionado con el tiempo.

¿Consecuencias para usted? ¿Para los demás?

Nuevamente, discuta las consecuencias con su colega.

4. Ahora, coloque en orden de prioridad los puntos "totalmente de acuerdo" para que los trate. ¿Qué problema particular le gustaría resolver más que cualquier otro?

5. Posterior a la escogencia tomado el problema que, en su opinión, tiene prioridad, identifique:

Lo que usted debe hacer para ayudar a solucionarlo.

Lo que deben hacer otros.

Trate de ser lo más concreto y realista posible al desarrollar un plan de acción para manejar el problema.

Discuta nuevamente el plan de acción con su colega.



Ejercicio de sinergia humana

La situación descrita en este problema se basa en más de dos mil casos reales, en los cuales hombres y mujeres han vivido o muerto, dependiendo de las decisiones que han tomados para garantizar su supervivencia.

Su "vida" o "muerte" están muy condicionadas con el acierto con que su grupo

pueda compartir sus conocimientos acerca de un problema relativamente desconocido, en forma tal, que el equipo pueda tomar decisiones que conduzcan a su supervivencia.

Después de recibir las instrucciones preliminares, lea el caso sin discutirlo con el resto del equipo.

La situación

Son aproximadamente las 10:00 de la mañana de un día de verano y el avión en el cual viajaban acababa de estrellarse en una región completamente desértica; el pequeño bimotor, que contiene los cuerpos del piloto y copiloto, está incendiado. Sólo queda el fuselaje, pero ninguno de ustedes ha resultado lesionado.

El piloto no tuvo oportunidad de notificar su posición antes del impacto; sin embargo, había indicado antes de estrellarse que estaban a poco más de 100 kilómetros al sur de un campamento minero, único lugar habitado más cercano, y se habían desviado aproximadamente 90 kilómetros del curso fijado en su plan de vuelo.

El área circundante es plana, y con la excepción de algunos cactus, el paisaje es desolado; el último informe del tiempo indicaba que la temperatura sería ese día de 40 grados centígrados, lo que significaba que a nivel del suelo sería de aproximadamente 50 grados centígrados.

Todos los integrantes del grupo estaban vestidos con ropas ligeras, camisas de manga corta, pantalón, medias y zapatos de calle. Todos tenían un pañuelo. En conjunto, tenían cierta cantidad de dinero, un paquete de cigarrillos y un bolígrafo.

Problema

Antes de que el avión se incendiara, su grupo pudo salvar los quince artículos que se señalan en la página 137.

Su tarea consiste en ordenarlos de acuerdo con su importancia para la supervivencia del grupo en las condiciones descritas, asignando el número "1" al que se considere más importante y el "15" al de menos importancia.

Usted debe asumir

1. Que el número de supervivientes son las mismas personas de su grupo actual.
2. Que ustedes son las personas que realmente viven la situación.
3. Que el equipo está de acuerdo en permanecer unido y ha decidido empezar a desplazarse.
4. Que todos los artículos están en buenas condiciones..

Primera etapa

- . Cada miembro del equipo debe jerarquizar individualmente cada artículo.
- . No discuta la situación o problema hasta cuando todos los miembros del equipo hayan terminado su trabajo individual de jerarquización.

Segunda etapa

Una vez que hayan terminado todos, la jerarquización individual, asigne un orden en su calidad de equipo a los artículos. Una vez que haya empezado la discusión no cambie su jerarquización individual.

Su equipo dispone de 30 minutos para completar esta etapa.

Artículo	Etapa 1 Jerarquización individual	Etapa 2 Jerarquización del equipo	Etapa 3 Diferencia entre las Etapas 1 y 2	Etapa 3 Jerarquización de los expertos.	Etapa 5 Diferencia entre Etapas 1 y 4.	Etapa 6 Diferencia entre Etapas 2 y 4.
A. Pistola de señales de 4 baterías.						
B. Navaja grande.						
C. Mapa aéreo seccional del área.						
D. Impermeable plástico talla grande.						
E. Compás magnético-brújula.						
F. Caja de primeros auxilios con gasa.						
G. Pistola calibre 45 cargada.						
H. Paracaídas rojo y blanco.						
I. Frasco con tabletas de sal.						
J. Un galón de agua por persona.						
K. Dos botellas de vodka.						
L. Un abrigo por persona.						
M. Un espejo de bolsillo.						
N. Un libro titulado "animales comestibles del desierto".						
Ñ. Un par de anteojos para el sol, por persona.						

Una vez usted haya terminado su jerarquización individual, lea las instrucciones generales sobre el proceso de decisión.

Lineamientos para la decisión

La investigación de la dinámica de grupo ha revelado que la forma en que los grupos utilizan los recursos de sus miembros, es un factor determinante de su modo de actuar. En este ejercicio se le pide a usted que utilice la técnica del consenso de grupo.

Esto significa que cada uno de los miembros del grupo tiene que estar de acuerdo con el escalafón que ocupa cada uno de los quince artículos de sobrevivencia, antes de que la decisión se considere una decisión grupal.

Aunque parece difícil llegar al consenso, en este ejercicio usted podrá observar qué es posible, y cuáles sus efectos. Es de esperarse que no todos los miembros estén de acuerdo con el lugar que ocupan los quince artículos. Por lo tanto, deberán discutir con argumentos el propio escalafón, de tal manera que todos los miembros se adhieran a la decisión del grupo porque encuentren las razones lógicas presentadas.

Esto significa que unanimidad no es lo mismo que consenso, puesto que el nivel de satisfacción individual puede no ser tan alto como si se tuviera el control completo sobre la decisión del grupo.

Lo que si debe enfatizarse es la habilidad de cada persona para aceptar un escalafón dado sobre una base lógica, cualquiera que sea su nivel de satisfacción y su buena disposición para considerar el juicio como factible.

Cuando se alcanza un punto donde todos los miembros del grupo consideran este modo como un criterio mínimo, puede usted asumir que ha llegado a un consenso como se define aquí y que el juicio puede entonces ser anotado como una decisión grupal.

Esto significa, en efecto, que una sola persona puede obstruir el proceso del grupo si así lo quiere; por lo tanto, he aquí algunas pautas para lograr el consenso:

PAUTAS PARA LOGRAR EL CONSENSO

1. Evite discutir a favor de su propio orden en el escalafón. Presente su posición tan clara y lógicamente como le sea posible, pero considere seriamente las reacciones del grupo en las subsiguientes presentaciones sobre el mismo punto.
2. Evite las técnicas para reducir conflictos tales como: voto por mayoría, promedios, tratos, echar la moneda al aire, y otras prácticas. Trate las diferencias de opiniones como una indicación de falta de información e intercambio.
3. No vote. La votación genera "ganadores" y "perdedores" y estimula decisiones no pensadas, cuando pueden darse otras alternativas. La votación tiende a reforzar los argumentos, en contraposición racional y, en consecuencia, perjudica el proceso de decisión grupal.
4. Evite el concepto de ganar o perder. Cuando ocurra un "desacuerdo" busque la próxima alternativa más aceptable para el grupo. No compita internamente. En la situación planteada en este caso, el grupo gana o todos pierden.
5. Atienda y preste atención a lo que otros tengan que decir. Esta es la característica más sobresaliente para que los equipos logran el éxito.
6. Trate de sacar a flote consideraciones que no parecen muy claras y expóngalas de tal forma que puedan ser discutidas abiertamente.
7. Estimule al resto, especialmente a los menos participativos, a ofrecer sus ideas. Recuerde que el equipo precisa de toda la información que pueda reunir.
8. Vea las divergencias de opinión como naturales y útiles, más bien que como un obstáculo para llegar a una decisión.
9. Sospeche de los acuerdos iniciales. Explore las razones de los acuerdos aparentes. Es posible que varios miembros hayan llegado a soluciones similares por razones diferentes. Busque que estas razones sean las mismas o complementarias.
10. Evite las formas sutiles de influencia y de modificación de decisiones. Por ejemplo, cuando un miembro disidente finalmente está de acuerdo, no crea que usted está obligado a recompensarlo más adelante estando de acuerdo con él en otro punto.

Cuando su grupo alcance un punto en el cual cada participante pueda decir "bien, aunque esto no es exactamente lo que quiero, al menos puedo aceptar la decisión y apoyarla" el grupo ha logrado consenso.

Lo anterior no significa que todo el grupo deba estar completamente de acuerdo, sino que cada uno acepta el argumento fundamental.

Ya que cualquiera de ustedes puede bloquear una decisión si lo desea, el sistema que se sugiere aquí es más difícil que otros métodos de decisión; sin embargo, tiende a ser más eficaz porque puede forzar al equipo para que considere más facetas del problema y a estar más alerta a las objeciones que se puedan plantear a los posibles cursos de acción.

Así, pues, considere las diferencias de opinión como un medio para:

1. Recolectar información adicional;
2. Clarificar problemas o aspectos; y
3. Forzar al grupo hacia la búsqueda de mejores alternativas.

Ahora, revise con el cuadro de la jerarquización de los expertos:

a. Pistola de señales de 4 baterías.	4
b. Navaja grande.	6
c. Mapa aéreo seccional del área.	12
d. Impermeable plástico talla grande.	7
e. Compás magnético-brújula.	11
f. Caja de primeros auxilios con gasa.	10
g. Pistola calibre 45 cargada.	8
h. Paracaídas rojo y blanco.	5
i. Frasco con tabletas de sal.	15
j. Un galón de agua por persona.	3
k. Dos botellas de vodka.	14
l. Un abrigo por persona.	2
m. Un espejo de bolsillo.	1
n. Un libro titulado "animales comestibles del desierto".	13
ñ. Un par de anteojos para el sol, por persona.	9

Complete las siguientes etapas y anote los puntajes bajo el número de su equipo.

EQUIPOS

1	2	3
---	---	---

ETAPA 6 Puntaje individual promedio. Suma todos los puntajes individuales (etapa 5) del equipo y divídalos por el número de miembros.			
ETAPA 8 Puntaje de ganancia. La diferencia entre el puntaje de equipo y el puntaje promedio individual. Si el puntaje de equipo es menor que el individual, la ganancia es de...			
ETAPA 9 Puntaje individual mínimo. (Dentro de cada equipo)			
ETAPA 10 Número de puntajes individuales menores que el puntaje del equipo.			

La solución de problemas sinérgicos

La conducta humana eficaz en el tratamiento de cualquier tipo de crisis o problemas depende de dos factores claves:

Los recursos humanos y materiales, que pueden asignarse a la solución del problema, y

El proceso, o cómo se emplean los recursos para lograr una solución.

Si cualquiera de estos dos factores se desaprovecha, la probabilidad de triunfar es nula. Pero si las personas trabajan conjuntamente, utilizando los recursos de una manera humana y racional (proceso) se pueden lograr resultados que sobrepasan la sumatoria de los esfuerzos individuales.

En el caso planteado en este ejercicio, los equipos logran un promedio de ocho puntos menos que el promedio individual, y mientras más bajo sea el promedio, mejores las decisiones.

De hecho, casi la mitad de los equipos logran mejor puntaje que el individuo más conocedor dentro de ellos. Y es a esto que se llama *sinergia*: dos o más personas en busca de un efecto que cada individuo, por separado, es incapaz de lograr.



La Implantación de programas de garantía de la calidad de los hospitales de América Latina y el Caribe

Humberto de Moraes Novaes
Asesor OPS/OMS
Rev. El Hospital 1995;
51:7-63.

En una reciente publicación de la Federación Latinoamericana de

Hospitales, tuvimos la ocasión de definir el término "garantía de calidad" como un subprograma de programación local de los servicios de salud, que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado. Para ello, se utilizará un mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente, de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario, en un Sistema Local de Salud, Silos.

Así pues, para el desarrollo eficaz de programas de garantía de calidad, se necesitarían las siguientes variables: I) calidad técnica de los profesionales; II) uso eficiente de los recursos; III) reducción al mínimo del riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos; IV) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud; y V) un Sistema Local de Salud, Silos, en el que los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

Para el cumplimiento de estas premisas, que serán analizadas en el curso del presente trabajo, existen grandes desafíos que abordados por casi

la totalidad de los cerca 14.000 hospitales de esta región (América Latina y el Caribe), ya que todavía no han sido alcanzadas algunas condiciones elementales. Burmeister (1992), en una presentación sobre las actividades desarrolladas por la Asociación de Medicina para mejorar la atención médica en los hospitales del estado de Sao Paulo, Brasil, mencionaba la existencia de un número importante de instituciones, cuyos servicios de personal desconocían las calificaciones técnicas de los médicos que formaban parte de sus respectivos grupos clínicos. De esta forma, deben adoptarse medidas iniciales en lo que queda del siglo, no sólo para evaluar la calidad de la atención médica en América Latina sino principalmente para garantizarla en el futuro próximo. Esta región obtuvo grandes adelantos en cuanto a la expansión de los servicios de salud, presentando una cobertura básica razonable, y ahora necesita orientarse para la implantación de programas de calidad en esos mismos servicios y sus hospitales de referencia.

Implantación de programas de garantía de la calidad

Para garantizar la calidad de la atención médica, se necesita primero definir: qué se evaluará, para qué, cuál será el fin (para el mejoramiento específico de la calidad clínica; para el control de los costos o reembolsos; para la acreditación de los hospitales) y cómo pretendemos dirigir el proceso de evaluación y las consiguientes correcciones de las deficiencias encontradas al nivel local. Se conoce poco sobre la duración del efecto de las medidas correctivas o de los incentivos en los hospitales de América Latina para mejorar la calidad, tal como el papel de la formación de los funcionarios (debido al grado elevado de cambio de personal hospitalario), la suspensión del pago de los sueldos (práctica utilizada en los Estados Unidos para obligar a los médicos a completar el historial clínico de los pacientes admitidos), presiones por parte de los colegas del cuerpo clínico o modificaciones administrativas.

Si el objetivo es evaluar la calidad en una determinada zona geográfica o de captación, orientamos la observación a los aspectos estructurales, funcionales y de impacto de los servicios en las comunidades como, por ejemplo, en el estudio que realizamos en Niterói; Cali, Colombia, y Monterrey, México. Si pretendemos evaluar una determinada prestación de servicios, pero con la finalidad de verificar la precisión de las cuentas hospitalarias para fines de reembolso, también se modifica la metodología. Cuando el proceso está orientado a evaluar el desempeño de los profesionales, debemos establecer otras reglas o métodos especiales y así sucesivamente.

Lo que queremos descartar es que, hasta el presente, la evaluación de la atención médica consiste, muchas veces, en apreciar más el arte de curar o los estilos según criterios subjetivos de las conductas médicas, que conforme a fórmulas cuantitativas exactas; de esta manera, aumenta, en gran medida, la dificultad de realizar un proceso pragmático de evaluación. Si algunos años después tuviésemos que evaluar la calidad de los resultados de las diferentes técnicas de gastrectomía para el tratamiento quirúrgico de una úlcera del duodeno, por ejemplo, estaríamos frente a un problema casi sin solución, ya que nos detendríamos más en la capacidad artística del cirujano que en parámetros científicamente medibles; en realidad, esas técnicas operativas caerían en desuso antes de que pudiesen ser garantizadas como de alta calidad, debido al éxito de la introducción de las terapéuticas clínicas.

Las conductas médicas están en continua evolución y los métodos de evaluación deben considerar estos adelantos aunque también las particularidades de la región que será objeto de observación, principalmente los valores y criterios de los profesionales y pacientes, para no caer en la imprudencia de establecer patrones con normas de calidad que están muy alejados de esa misma realidad local o regional.

En algunos países de América Latina, los curanderos llegan a tener más prestigio que los médicos, pudiendo hasta cobrar consultas a un precio más elevado que las de los colegas profesionales. El arte de curar de estos legos es notable y, en consecuencia, es apreciable la satisfacción de los pacientes por los servicios recibidos. La evaluación de la satisfacción del paciente y su familia, como medida de evaluación de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales, económicos o lingüísticos que separan al profesional, y a los propios hospitales, de sus clientes.

La definición mencionada de calidad depende, pues, de la perspectiva de quien la define, según sus conocimientos, valores y recursos; para los clientes y sus familiares significa obtener un diagnóstico correcto y un tratamiento satisfactorio de acuerdo con sus propias percepciones; para los profesionales, prevalecen los criterios estrictamente técnicos de mejorar la calidad de la vida de los pacientes, que también son influenciados por su propias percepciones, definidas por el contexto donde se trabaja, de la escuela médica responsable de su formación y de sus valores personales intrínsecos.

Casi siempre, la conducta médica tiene por base criterios implícitos y éstos, en general, sólo pueden ser evaluados por otro médico. Para superar esta dificultad, es necesario exponer explícitamente estos criterios, mediante protocolos que describan todos los pasos lógicos seguidos por los profesionales para llegar a un diagnóstico o a una intervención terapéutica correcta, y que puedan ser comprendidos y seguidos por profesionales no médicos, eliminando así la posibilidad de la evaluación subjetiva exclusivamente médica. Este proceso es bastante complicado debido a las innumerables variables que pueden intervenir en la evaluación clínica o en el tratamiento de una determinada patología, así como también en relación con la edad, sexo y comorbilidades de los enfermos.

Estas conductas clínicas pueden observarse en los expedientes de los pacientes, pero sus principales limitaciones se deben a la omisión de eventos importantes, como la falta de informaciones sobre el estilo de la relación interpersonal entre el médico y el paciente y otras más comunes, como los propios errores en las anotaciones de observaciones clínicas o de su codificación. El historial clínico, entre tanto, es el principal instrumento de evaluación del proceso de atención de salud, e incluso esa modalidad tan básica para garantizar la calidad, en el caso de América Latina y del Caribe, está muy lejos de lo que se desea, debido a deficiencias en los hospitales, bien sea de recursos humanos preparados para la organización de los servicios de archivo y estadísticas médicas, o de comisiones técnicas para realizar revisiones rutinarias de la calidad de sus expedientes.

La garantía de la calidad institucional global, como hemos visto, es también compleja y difícil. Muchas veces, un hospital concentra la evaluación en aspectos secundarios, no por desecharlo así sino más bien por ser más fácil. ¡Como en el caso del borracho que concentra su búsqueda de las llaves del automóvil debajo de un poste de luz, no porque fuese en este lugar donde las perdió sino porque tiene más luz!

No hay duda de que hasta el momento no existe un método único o mejor para evaluar la atención de salud en términos absolutos. Para la evaluación de la capacidad técnica, se utiliza el expediente; para la interacción entre el médico y el paciente o entre el hospital y el paciente se emplea la observación directa o cuestionarios. Cada método puede aplicarse en una situación específica, pero no en todas.

La evaluación de la estructura es siempre más fácil, rápida y objetiva, bien sea de los suministros, el personal, las calificaciones o incluso, los aspectos gerenciales.

Cabe recordar que la estructura más perfecta no garantiza la calidad, ya que el sistema logístico más perfecto para el suministro del mejor bisturí no evita que se corte una arteria. La revisión de las conductas llamadas evaluación del proceso de la atención médica, tiene por base la revisión de las informaciones contenidas en los expedientes u observación directa de los procedimientos. Cabe señalar, sin embargo, que un médico interno consagrado a su trabajo puede mantener un historial clínico minucioso, pero de este documento pueden omitirse importantes datos subjetivos de todo el escenario clínico, por no formar parte todavía de sus criterios clínicos implícitos. En la evaluación del proceso también se pueden analizar variables en cuanto a acceso de los pacientes al hospital, grado de utilización de los servicios, entre otras.

Por último, como la apreciación del efecto de la atención médica sobre la salud es la meta más importante, la evaluación de los resultados de la atención es el objetivo final de los programas de calidad. Ésta, sin embargo, es dificultada siempre por las distintas respuestas individuales a las agresiones físicas y psicológicas durante el período de observación u hospitalización, corroboradas por la ausencia de patrones de calidad explícitos para cada situación. También son complejas, las evaluaciones de los impactos de la asistencia de salud en las comunidades.

Actualmente, estamos tratando de desarrollar una serie de indicadores que puedan seguir la calidad de la asistencia de salud en un sistema local, utilizando eventos específicos, tales como los siguientes:

- La amputación de un pie diabético indica, cuando seguimos retroactivamente la residencia del paciente, la inexistencia de un programa de control de los diabéticos por el centro de salud próximo a su vivienda.
- La atención en casos de aborto provocado por una adolescente, en el servicio de emergencia del hospital, pone de relieve una falta de calidad de los programas de planificación familiar del barrio.

- Una pulmonía grave en un niño hospitalizado, indica falta de atención a las enfermedades respiratorias en los niveles primarios de asistencia de este sistema local de salud.

Estos indicadores de los resultados actúan como señales de alerta para que las estructuras y procesos de los sistemas de salud vigentes sean mejorados y corregidos, sin necesidad de la realización de largos y costosos análisis epidemiológicos en determinados sistemas locales de salud o distritos sanitarios para detectar deficiencias en la calidad de la asistencia de salud, susceptibles de corrección inmediata, mediante nuevas propuestas de conductas clínicas o modificaciones gerenciales.

Así, pues, en el ámbito de la evaluación, el para qué, por qué, cuál es el propósito y cómo, son preguntas básicas que tenemos que contestar antes de iniciar nuestros sistemas para garantizar la calidad. Cuando garantizamos, asumimos un compromiso, no solamente para evaluar la calidad sino para mantenerla permanentemente.

Es evidente que los países latinoamericanos tienen un largo camino que recorrer en este sentido. Tal vez por una tradición que se remonta a la época colonial, nuestra cultura se forjó admitiendo que la legislación autoritaria, de arriba abajo, puede ser un sustituto de una larga etapa de práctica social que debería preceder a las reglamentaciones gubernamentales. Si fuese por decretos de ley, América Latina no presentaría más casos de infecciones hospitalarias en sus hospitales...

En los Estados Unidos de América, al menos en la mayoría de sus hospitales, ya se superaron estas etapas de evaluación de la estructura (física, organizacional, cuadro de personal, manuales de rutinas, normas y procedimientos), de proceso (evaluación de los historiales clínicos) y se concentra hoy en la identificación más exacta de los resultados, mediante los indicadores, clínicos o gerenciales. Cabe resaltar que el período de las décadas de 1950 a 1980 en este país, se caracteriza por una gran ausencia de participación médica en los temas de la gestión hospitalaria; varios aspectos de la administración de la salud dependieron de la orientación principal de profesionales no médicos, puesto que aquellos se sintieron mucho más atraídos por los grandes beneficios que ofrecía la clínica individual privada. En fecha más reciente, se vuelve a sentir la presencia de los médicos tanto en la publicación de

documentos administrativos, como en la realización de seminarios sobre la evaluación de la calidad total.

En el Brasil, en la década de 1970, ya hubo también una iniciativa en el Instituto de Corazón de la facultad de medicina de la Universidad de Sao Paulo, INCOR, de implantar programas de calidad total que se perpetuaran hasta el presente. En esta ocasión nos concentramos en dos etapas preliminares para establecer una mejor calidad para esa institución.

1. El mejor equipo profesional, no sólo en lo que respecta al área médica sino también a la enfermería, asistencia social, nutrición, fisioterapia, área de física médica, bioingeniería, farmacia-bioquímica y todos los demás miembros de la gran familia de profesionales que trabaja en un hospital complejo.
2. Para cada actividad se identificaron los agentes y las tareas correspondientes. Si consideramos como ejemplo, la simple aplicación de un medicamento (o un error en este procedimiento), advertimos que intervienen en este proceso diversos agentes, desde el médico que examina y receta, hasta el farmacéutico que envía la dosis específica, para un determinado paciente y a una determinada hora. Durante esta rutina operativa, pueden ocurrir fallas de procedimiento en cualquier punto, con los consiguientes problemas gravísimos para el paciente. Si recomendásemos a estos agentes que participan en el proceso que debatieron estas u otras rutinas en horas y días fijos, estaríamos constituyendo a lo que se conoce como grupos de calidad o círculos de calidad.

En el ejemplo citado, deseamos subrayar que la calidad no es un proceso pasivo de arriba abajo sino, más bien, un proceso dinámico, no interrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las rutinas y procedimientos, que precisa ser periódicamente revisado, actualizado y difundido, con gran compromiso desde la más alta dirección del hospital hasta sus funcionarios más fundamentales. Un ayudante de enfermería no comprometido con los procedimientos de control de la infección, tendrá tanta responsabilidad en la propagación de infecciones intrahospitalarias como la falta de pericia de un cirujano en la contaminación de una herida operatoria.

Como dijimos, los mecanismos de incentivos para la calidad de la asistencia de salud de los Estados Unidos tuvieron raíces históricas muy profundas, más que en cualquier otro país europeo o asiático, en gran parte debido a una participación excepcional y presión de la comunidad para conseguir servicios médicos mejores y más accesibles, generando en consecuencia un movimiento constante de establecimiento de instrumentos y métodos, inclusive de índole jurídico, tendientes a alcanzar mayores niveles de calidad.

La teoría de la mejora continua de la calidad tuvo por referencia el éxito de las experiencias en el proceso de producción de las industrias japonesas, introducidas en los Estados Unidos por W. Edwards Deming y Joseph M. Juran, y que tienen por base, la comprensión y revisión de estos mismos procesos. Estas experiencias, utilizadas hace algunos años en el sector industrial, produjeron recientemente graves lesiones para el sector salud norteamericano.



Neuhauser (1990) describe los principales puntos de la doctrina Deming para implementar un proceso continuo de mejora de la calidad. Estos son:

1. "Promover constancia de propósito para el mejoramiento del producto y el servicio".
2. "Adoptar una nueva filosofía".
3. "Abandonar la dependencia de inspecciones para alcanzar la calidad".
4. "No valorar un producto con base exclusiva en el precio".
5. "Mejorar constantemente y siempre, cada proceso de planificación, producción y servicio".
6. "Implementar la capacitación en el servicio".
7. "Instituir el liderazgo".
8. "Eliminar el miedo".
9. "Romper las barreras entre las áreas técnicas".
- 10 "Eliminar frases hechas, exhortaciones y metas para los trabajadores".
- 11 "Enumerar las cuotas numéricas para los trabajadores y las metas cuantitativas para la gerencia".
- 12 "Eliminar las barreras que privan al personal de orgullo por el trabajo que realizan".
- 13 "Instituir un vigoroso programa de educación y automejoramiento para todos".
- 14 "Poner a todos los miembros de la empresa a trabajar por el logro de una transformación".

Todas las personas que trabajan en hospitales, como en los demás servicios de salud, tienen enormes contribuciones que hacer, bien para su mejoramiento intrínseco como en cuanto a las necesidades de las propias comunidades a las que sirven, pues juntos, con sus respectivas familias, también reciben informaciones valiosísimas sobre las demandas y respuestas de servicios a la población, así como sobre la competencia clínica de los servicios que ofrecen.

Por tanto, al igual que para Deming, los "clientes" más importantes de la institución son sus propios funcionarios y sus sugerencias deben ser objeto de profundas reflexiones para adoptar posteriormente decisiones correspondientes, reflejadas en la planificación estratégica de la organización.

Por tanto, el órgano directivo (consejos, directorios, asociaciones de profesionales) y otros órganos de dirección, deben prestar atención a utilizar sus conocimientos, habilidades o aptitudes, así como sus visiones del futuro, para incorporar estos aportes del personal hospitalario y comprometer a la institución en su conjunto, al mejoramiento continuo de la calidad.

Epílogo

LA EMPRESA EXITOSA DEL SIGLO XXI

*"El futuro sólo sorprende a quien está impreparado".
William Shakespeare*

*"No hay que pensar en las próximas elecciones
sino en las próximas generaciones".
Graffiti.*

Las 10 estrategias consideradas exitosas para el éxito, en el siglo XXI, aplicadas a la salud son:

ADOPCIÓN DEL CONCEPTO DE MERCADEO.
CULTURA DEL SERVICIO AL CLIENTE.
CALIDAD CONSTANTE.
CAPACITACIÓN CONSTANTE.
INNOVACIÓN PERMANENTE.
GERENCIA HUMANIZADA.
ENORME CAPACIDAD DE LIDERAZGO.
MODERNA TECNOLOGÍA.
MANEJO DE LA ÉTICA PROFESIONAL.
ADMINISTRACIÓN DEL RECURSO HUMANO.

Construyamos futuro, manejemos la salud con criterios de empresa.

- Es un libro desarrollado con metodología interactiva, que tiene tipo y tamaño de letra agradables para la lectura, intercalando notas gráficas humorísticas (comics) relacionadas con el comportamiento de la organización y pertinentes al tema, con teorías y lecturas para reflexionar y automotivar y con ejercicios individuales y de grupo para aplicación de cada tema.
- Desarrolla una estrategia gerencial con esquemas de mercadeo, que realiza los siguientes pasos: análisis de la situación, adaptación de un producto para esa situación (vacunación, educación, terapia, etcétera), activación de ese producto (puesta en marcha del programa) y auditoría (evaluación y control).
- Una de las grandes debilidades de nuestros sistemas gerenciales son la evaluación y el control. No nos gusta que nos controlen y siempre lo consideramos "un castigo"; cuando realmente no podemos mejorar nuestro desempeño sino evaluamos lo que estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo. Por esta razón, el capítulo de auditoría (evaluación y control) trata de ser exhaustivo y expone diferentes métodos de control, ejemplos, ejercicios y artículos seleccionados de escritores expertos.
- El manual está hecho para acompañar talleres de gestión administrativa de funcionarios de cualquier campo de la salud.



Facultad de Ciencias de la Salud
 Programa de Medicina
 Especialización y Maestría de Gerencia de Servicios de Salud

Dirección Seccional de Investigaciones
 Departamento de Publicaciones
 2011

ISBN: 978-958-8630-54-0



9 789588 630540