

Beca de Investigación ISALUD 2009-2010

Construcción de procesos de implementación de gestión de calidad

Desde la perspectiva de los actores en hospitales públicos seleccionados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Coordinadora: Dra. Zulema Bianconi

Equipo: Dr. Alberto Dasso, Lic. Ruth Litmanovich, Lic. Rosa María López.

El presente trabajo es un resumen de la investigación realizada durante el año 2010 financiada a partir de la Convocatoria a Becas de Investigación Internas ISALUD 2009-2010.

1. Introducción

La investigación surgió a partir de la ausencia de conocimiento sistematizado acerca de los aspectos que subyacen en la construcción de procesos de implementación de la gestión de calidad en organizaciones del subsector estatal de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El subsector estatal de la jurisdicción da una importante respuesta a las necesidades de la población, desarrollándose en un polifacético conjunto de efectores (hospitales e institutos públicos) comprendidos en la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires¹. En dicha Ley Básica de Salud, la mayoría de las actividades vinculadas a la satisfacción y mejor atención de las personas adquirieron categoría de respuesta a derechos explícitos, por lo que constituyó un marco normativo global adecuado para el desarrollo de la gestión de calidad de la jurisdicción.

La finalidad de la investigación fue identificar características, modos de pensar, y de actuar en las organizaciones que evolucionaron favorablemente, para poder innovar incorporando nuevas dimensiones en la evaluación de la gestión.

Las preguntas principales formuladas en este estudio se orientaron a identificar, conocer y comprender características, modos de pensar y de actuar de las personas en organizaciones que evolucionan favorablemente en la construcción de la calidad.

¿Cuáles son las características que asumen los procesos de implementación de Gestión de Calidad en hospitales públicos? ¿Cuál es el rol que vivencian en estos procesos los actores institucionales?

¿Cuáles son las actividades llevadas a cabo por los diferentes actores en el hospital para la implementación de la Gestión de Calidad?

¿Cómo perciben los diferentes actores hospitalarios la relación entre las actividades realizadas y la calidad de los servicios? ¿Qué elementos objetivos y subjetivos intervienen en esta percepción?

¿Cuáles son las motivaciones de las personas para participar de estos procesos de Gestión de Calidad?

¿Cómo se vinculan las personas en la intimidad de la organización, con la comunidad y con referentes externos del mejoramiento de la calidad?

¿Cómo se identifican y superan obstáculos en el proceso de implementación de la Gestión de Calidad?

La versión completa de esta investigación está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD y próximamente será publicada electrónicamente en la Serie de Estudios ISALUD

1 Ley Básica de Salud de la ciudad de Buenos Aires N° 153, sancionada en 1999.

¿Cómo se percibe la confianza, la reciprocidad y la cooperación en las actividades cotidianas?

Se consideró a modo de supuesto el siguiente enunciado:

“Si bien la implementación de la Gestión de Calidad es una construcción social singular para cada hospital, se pueden reconocer características comunes en organizaciones donde la calidad evoluciona favorablemente”.

Objetivo general

Explorar las dimensiones intervinientes en la construcción de los procesos de implementación de la Gestión de Calidad desde la perspectiva de los actores institucionales, en el ámbito de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Sistematizar y analizar experiencias de implementación de procesos de Gestión de Calidad en 34 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.
- Identificar ideas, creencias y actividades llevadas a cabo en el proceso de implementación de la Gestión de Calidad.
- Identificar indicadores emergentes de capital social y su proceso de recuperación.

2. Aspectos conceptuales de la investigación

Gestión y evaluación de la calidad son dos fases complementarias en la implementación de calidad en organizaciones de salud; no hay evaluación sin gestión, ni gestión sin evaluación.

Calidad en Salud es un tema relativamente nuevo con una historia conocida y en constante crecimiento. La Gestión de Calidad es el modo en que una organización, un programa, un servicio o una red enfoca la calidad dentro de su campo de acción (Azevedo, 1999).

La Gestión de Calidad en organizaciones de salud, según Bianconi y colaboradores (2007), se apoya en principios tales como:

- Enfoque centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas.
- Mejora continua. Es el campo en que los servicios asistenciales tienen mayor historia propia acumulada, a través de ateneos, comités, normas de atención, entre muchas otras actividades. El avance consiste en sistematizar las mejoras y el esfuerzo por analizarlas como parte de procesos globales.
- Participación de las personas y del personal de salud en la búsqueda permanente de servicios de calidad creciente.
- Participación en redes de aprendizaje en Gestión de Calidad lo que implica compartir experiencias y de este modo acortar caminos para lograr mejores resultados.
- Los modelos de gestión cumplen un rol clave en la implementación de la calidad dado que brindan un marco y sustento conceptual y además son una excelente herramienta de diagnóstico organizacional.

Calidad es recursos humanos afirma Mario Róvere (1998) y los servicios de salud son **“servicios de personas, para personas, donde la búsqueda de la calidad es un imperativo ético”.**

Según Etkin (2007) la dimensión humana de la organización se focaliza en la equidad y desarrollo humano y comprende la estructura y las necesidades básicas, los acuerdos, roles laborales y las oportunidades de crecimiento.

Superar obstáculos en procesos de crecimiento requiere aprender a resolver problemas de integración interna y de subsistencia en el medio externo, este aprendizaje lleva a cambiar la cultura organizacional (Shein, 1985).

Las personas que desempeñan papeles importantes en los procesos de cambio son **los líderes**. Para pensar en una sana ecología de liderazgo se requiere una comunidad interdependiente y diversa de líderes (Senge, 2000).

Se considera al **liderazgo** como parte y fuente de la gestión y no una consecuencia de la misma. No hay líderes sin gestión y el liderazgo no puede ser aislado de una gestión. En ella se encuentran, por un lado la presencia y la formación de líderes y por otro el liderazgo que enriquece a la misma.

“...La construcción de liderazgo se acelera con la presencia de líderes que asumen esa condición en el desarrollo de la gestión, haciendo de cada instancia del modelo organizacional, el lugar y momento para dar respuestas a las nuevas demandas y a su formación como líderes. En consonancia con ello, uno de los productos buscados en la construcción del liderazgo a través de este modelo organizacional, es el liderazgo participativo. A nuestro entender: más personas con similar formación en la dirección, visión compartida y mayor cantidad de resultados a menor escala...” (Dasso y col., 2002)

En la gestión de calidad hay un cambio organizacional profundo y hay aprendizaje. Dicho cambio combina modificaciones internas de los valores de la gente, sus aspiraciones y conductas, con variaciones en procesos, estrategias y prácticas. La organización no se limita a hacer algo nuevo, crea capacidad de hacer las cosas en una forma distinta. Se crea la capacidad para el cambio continuo. Este énfasis en cambios, tanto en los cambios internos como externos, va al fondo de las cuestiones. No basta con cambiar de estrategias, estructuras y sistemas, también tiene que cambiar la manera de pensar que produjeron dichas estrategias, estructuras y sistemas.

Shein (1985, p 24) dice **“...la cultura es el producto de la experiencia grupal y por consiguiente, algo localizable solo allí donde exista un grupo definible y poseedor de una historia”.**

Las organizaciones de salud poseen dos componentes: uno instituyente y otro instituido. Instituyente es lo que genera y produce institución, son las personas que con sus vínculos y su accionar, construyen la institución todos los días. Instituido, son las normas, su estructura, su historia; el conjunto de acumulaciones materiales y simbólicas. Los programas de calidad sostenidos en el tiempo generan hábitos y pueden cambiar la cultura organizacional. (Róvere, comunicación personal, 5 de septiembre 2010).

Los mecanismos de la organización social tales como redes, normas y la confianza social, facilitan la coordinación y cooperación para lograr beneficios mutuos de las personas y son aplicables a las instituciones de salud. La confianza es el fundamento de una relación social que no esté sustentada en la fuerza (Echeverría, 2006).

Róvere (Comunicación personal, 5 de septiembre 2010) dice **“Capital social es la asociatividad cuando la misma es un factor productivo, es decir no toda asociatividad es capital social, sino sólo aquella asociatividad que de alguna manera participa o explica una parte del valor del producto”, “... cuando las personas están**

más vinculadas, mayor es el Capital Social... las personas más asociadas, más vinculadas, son más sanas, o al revés", añadió Róvere *"... la falta de Capital Social pasaría a ser un factor de riesgo en términos de salud"*.

El capital social requiere la capacidad de los integrantes para trabajar basados en creencias compartidas, utilizando lazos de cooperación y formas efectivas de participación, con redes de comunicación abiertas que permitan acceder a la información y al conocimiento disponible. La habilidad para relacionarse con la gente es de vital importancia para los líderes organizacionales (Maxwell, 2007). La idea de capital social implica relaciones de cooperación, reciprocidad, compromiso y confianza (Putnam, 1994).²

Las políticas y estrategias organizacionales pueden promover el capital social o inhibirlo. Si bien el capital social puede disminuir los costos de transacción, no es sólo una fuente de productividad, se destaca su importancia en la calidad de vida y las relaciones con el contexto.

La implementación de la gestión de calidad, como política y estrategia organizacional, se desliza sobre el capital social. *"... todas las organizaciones poseen un capital social que está presente en la capacidad potencial de las personas que las integran. La gestión de calidad u otra estrategia de fortalecimiento de las mismas, recupera ese capital social más que construir nuevo, recreando los vínculos internos y con el contexto"*. (Elissetche, comunicación personal, 11 de marzo 2010).

Róvere (Comunicación personal, 5 de septiembre 2010) dice: *"En los servicios de salud, que son servicios de gente que atiende gente, el concepto de capital social tiene dos polos ...una mirada de capital social de los que atienden y una mirada de capital social de los que son atendidos"*.

Las relaciones sociales son la habilidad de los agentes para cooperar en el lugar de trabajo; se basan en las conexiones entre las relaciones sociales y la producción. Las relaciones a largo plazo entre miembros de un equipo de trabajo son interacciones estratégicas repetidas. Las redes son una expresión de la construcción de relaciones sociales.

2 La Real Academia define **Cooperación**: Obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin. **Reciprocidad**: Correspondencia mutua de una persona o cosa con otra. **Compromiso**: Dicho de una solución, de una respuesta, etc. que se dan por obligación o necesidad, para complacer. Palabra dada. **Confianza**: Esperanza firme que se tiene de alguien o algo.

3. Enfoque metodológico

Se empleó un diseño flexible e inductivo y se delinearón instrumentos en forma participativa y consensuada con los integrantes del equipo. La metodología utilizada fue básicamente cualitativa; se han producido datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas.

Se indagó a informantes clave (expertos en: Calidad, Recursos Humanos y Capital Social), y a actores de la implementación del proceso de Gestión de Calidad en los casos estudiados.

Los casos estudiados fueron estratégicamente seleccionados para comprender el significado de las acciones y producir conocimiento a partir de ello.

La dimensión temporal fue sincrónica ya que se estudió el mismo problema en los dos casos, en un periodo estrecho de tiempo (10 meses).

Para la selección de casos

- Se realizó un análisis de la documentación disponible en publicaciones y en la página web del GCBA³ y de los datos obtenidos de una entrevista realizada a informantes clave del Nivel Central del Programa de Gestión de Calidad del GCBA⁴.
- Se diseñó una matriz de categorías, referidas a la evaluación del componente instituido en las experiencias de gestión de calidad en los hospitales.

Se llegó a la selección de dos hospitales con los cuales se trabajó en terreno: el Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta", (Hospital Z) y el Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan (Hospital G) [ver cuadro N° 1].

3 BIANCONI Zulema y colaboradores *Calidad en Salud. Diez años de experiencia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Publicación del Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).2007. <http://www.ops.org.ar/publicaciones/otraspubtitulo.html>

4 <http://buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestion/presentacion.php>
Premio http://buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestion/premio.php?menu_id=11037
Documentos técnicos /Resolución "Programa de Gestión de Calidad en Salud" / Resolución "Premio a la Gestión de Calidad en Salud" (Resol. 600)/ Cuestionarios Premio 2010: UPM / UPE / UPE CA
http://buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestion/documentos.php?menu_id=19213

Cuadro N° 1
Categorías empleadas en la selección de casos

| Categoría | Descripción | Valores de respuesta |
|--------------------------------------|---|--|
| Compromiso de la Dirección | Se refiere al compromiso expresado por la Dirección en referencia a la gestión de calidad y al reconocimiento interno y externo | Alto, medio y bajo |
| Legitimidad | Otorgada por la masa crítica de personas que participaron en actividades de mejora de la calidad | Sí o No |
| Ambiente interno | Referido al contexto interno organizacional que favorece la gestión de calidad | Sí o No |
| Contexto externo | Referido a la situación en el sistema de salud del GCBA y en la comunidad que favorecen la gestión de calidad del hospital | Sí o No |
| Continuidad en la gestión de calidad | Garantía del funcionamiento de los Comités de Gestión de Calidad mediante la Validación otorgada por el Programa de Gestión de Calidad (PGC) del Ministerio de Salud del GCBA | Sí o No |
| Premios a la Gestión de Calidad | Reconocimiento de la gestión de calidad de un área del Hospital adjudicado por el MS, GCBA o del P.N.C. | Sí (cuando realizó 2 o más experiencias completas exitosas) o No |
| Acceso | Facilidad de acceso a la información del hospital | Sí o No |

Recolección y registro de datos

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas semi estructuradas, individuales y grupales a informantes clave de los hospitales. Se grabaron las entrevistas para recuperar la voz de los protagonistas y se transcribieron los textos para facilitar el estudio y análisis de contenidos.

La validación de los datos fue lograda a través del análisis y confrontación de diferentes perspectivas de los entrevistados y de los investigadores. Se utilizaron diferentes fuentes de datos para tener distintos puntos de vista y triangular la información para su credibilidad.

La recolección y el análisis de datos se realizaron en forma continua durante la investigación. Al final de la misma, después de haber terminado el trabajo de campo, se realizó el análisis intensivo. Los momentos del análisis de los datos fueron flexibles:

- **El primer momento:** fase de descubrimiento en la que se desarrollaron conceptos (ideas abstractas generalizadas a partir de hechos empíricos).
- **El segundo momento:** la codificación de los datos y la intensificación de la comprensión del tema. En esta fase se diseñó el instrumento de análisis que incluye dimensiones y categorías:
 - Las **dimensiones** son los niveles de liderazgo de los que se partió (Senge, 2000) adecuados a la singularidad de cada hospital.
 - Las **categorías de análisis** surgieron de la articulación del marco conceptual y del análisis de los relatos de los protagonistas en los casos estudiados (Hospital Z y Hospital G). Se identificaron 7 categorías:

1. Pertenencia: Se define la pertenencia como el hecho o circunstancia de formar parte del hospital. Es el grupo social al que adscribe un individuo por compartir comportamientos, valoraciones, creencias. Se expresa como orgullo de pertenecer.

2. Antigüedad: Se entiende por antigüedad aquello que sucedió, que fue reconocido como inicial, como origen o nacimiento de la gestión de calidad; implica el tiempo transcurrido desde que comenzó. Pasos previos, principio o tiempo en el que empieza, nacimiento.

3. Estructura/Organización: se refiere a la descripción de la organización socio técnica que lleva adelante el proyecto de gestión de calidad, apoyo de la dirección y el grupo inicial. Cantidad de gente que participa, facilitadores y otros.

4. Cambios: Son modificaciones internas de los valores de la gente, sus aspiraciones y conductas, con variaciones de procesos, estrategias y prácticas. En el cambio hay aprendizaje y se crea capacidad para hacer las cosas de otra forma. Los cambios culturales, lenguajes nuevos, imagen; tiene que ver con la adaptación de las personas. Cambio en la cultura, en el modo de funcionar, capacidad de adaptarse a nuevos contextos. Tiene que ver con la flexibilidad, con la innovación en calidad.

5. Acciones impulsoras: Es el conjunto de actividades que describen la estrategia realizada (qué hicieron y cómo lo hicieron). Los atributos identificados en esta categoría son: capacitación (1); saber elegir a las personas (2); participación y compromiso (3); logros (4).

6. Superación de obstáculos: Se refiere en primer lugar a la identificación de dificultades en la implementación de la ges-

ción de calidad. En segundo lugar a la estrategia o modo de actuar para superar situaciones, circunstancias o actitudes que dificultan la consecución de algún objetivo.

7. Sustentabilidad: Una organización con calidad sustentable cumple con su misión y es reconocida por satisfacer las legítimas demandas de la población. La esencia de la calidad sustentable es cuando se sostiene por procesos normativos y creativos reforzados en el tiempo. Dichos procesos no se refuerzan por controles ni por sanciones sino porque los integrantes están de acuerdo con los términos de relación y se expresa por la voluntad de mejorar los ambientes de trabajo.

- El tercer **momento:** la relativización de los descubrimientos, es decir la comprensión de los datos en el contexto que fueron recogidos, analizando aspectos diversos como: la influencia del entrevistador, los datos directos e indirectos, las fuentes de datos y los propios supuestos de los investigadores.

4. Resultados

Como resultado del análisis de las experiencias en los 34 hospitales aplicando la matriz de selección de casos se llegó a dos organizaciones que poseen las siguientes cualidades:

Alto compromiso de la conducción
Legitimidad de los pares
Ambiente interno y contextos favorables
Continuidad en funcionamiento de la gestión de calidad (Comité validado)
Dos o más experiencias completas con el modelo de gestión de calidad de Premios
Facilidad del grupo investigador para acceder al hospital

Hospital Z

El Hospital “Zubizarreta” se inauguró en 1935, es un hospital general de agudos en el que trabajan aproximadamente 530 personas. Cuenta con una trayectoria en la implementación de la gestión de calidad, impulsada por diferentes directores que estuvieron en su conducción desde 1995. El comité de calidad fue validado en dos oportunidades por el nivel central del Programa de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud del GCBA lo que garantiza el cumplimiento de pautas de funcionamiento. Participaron en tres ocasiones en experiencias con el modelo del Premio a la Gestión de Calidad del Ministerio de Salud del GCBA:

- Programa para la detección y manejo de los problemas de la memoria en la tercera edad (año 2004): obtuvieron Mérito a la gestión de calidad y una Mención de los jueces por el trabajo realizado.
- Gestión de consultorio externo (año 2008): obtuvieron el Premio a la gestión de calidad del GCBA.

– Participaron en la red de servicios de Micología (año 2008), en la que además del Mérito obtuvieron también una Mención de los jueces.

A los fines de adecuar los niveles de liderazgo al proyecto de Gestión de Calidad se entrevistó al Director del hospital, al Comité de Gestión de Calidad y a los responsables de una unidad.

Se consideró al Director como el portador de las líneas directrices y al mismo tiempo como conductor de los resortes de implementación,

particularmente en la selección de personas que integran los otros niveles de liderazgo.

El Comité de Gestión de Calidad integrado por personas seleccionadas por el Director, lleva adelante la “supervisión” y en algunos casos la ejecución de las actividades. Actúa como polea de transmisión entre los niveles de liderazgo.

El liderazgo operativo conducido por los responsables de Unidades (sectores de trabajo) entrevistados, llevaron adelante acciones específicas de gestión de calidad.

En total se hicieron 3 entrevistas (individuales y grupales) a 8 personas.

Hospital G

El Hospital “**Garrahan**” se inauguró en 1987, es un hospital de pediatría de alta complejidad en el que trabajan 3886 personas. Cuenta con una trayectoria en la calidad científico técnica que lo ha consolidado en su imagen pública como efector de referencia en pediatría. Desde la conducción se impulsa la integración de los esfuerzos en gestión de calidad.

Participaron en dos oportunidades al premio a la calidad del GCBA:

- Red de Servicios de Apoyo en relación al paciente internado en cuidados intermedios (año 2003), obtuvieron el Premio a la Gestión de Calidad del GCBA en la categoría de red interna.
- Programa no relacionado de Colectas de Sangre de Cordón Umbilical (2006) en la categoría Unidad Múltiple, asociado con el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. En esta oportunidad obtuvieron el Mérito a la calidad.

En el 2009 logró su participación en el Premio Nacional a la Calidad y obtuvo una distinción especial. En el 2010 se presentó nuevamente al premio Nacional a la Calidad.

A los fines de adecuar los niveles de liderazgo al proyecto de Gestión de Calidad se realizaron entrevistas individuales y grupales: a la Dirección del hospital, al Grupo de Conducción Operativa (G.C.O.) de calidad, a un Facilitador Externo, a dos grupos de Conducción Media, a dos grupos y una entrevista individual de Liderazgo Operativo.

Se consideró la conducción del proyecto en dos roles: la Dirección como generadora de las políticas y líneas de gestión de calidad y el Grupo de Conducción Operativa (G.C.O.) de las acciones (Coordinación de Gestión de Calidad y Organización y Métodos).

La Dirección definió la implementación del modelo como una oportunidad de mejora, y con ello “ordenar” todas las iniciativas de gestión de calidad.

EL G.C.O. lideró las acciones que desembocaron en la presentación al Premio Nacional a la Calidad (P.N.C.), y tiene bajo su supervisión y capacitación a “facilitadores” que actúan como referentes en cada uno de los procesos.

Las acciones de implementación de la Gestión de Calidad tuvieron como eje la gestión de procesos. El Hospital G, definió macroprocesos y procesos que los integran.

A los equipos de conducción de las mejoras de los macroprocesos se los identificó como liderazgo medio: asumieron el rol de intercomunicación con los actores de los procesos que los integran, al tiempo de supervisar y ejecutar actividades en la gestión de calidad.

En el nivel operativo se unieron dos roles: facilitadores y dueños o responsables de los procesos.

En total se hicieron 8 entrevistas (individuales o grupales) a 23 personas.

Similitudes y diferencias de los casos

En los hospitales estudiados se realizaron 11 entrevistas (individuales o grupales) y se escuchó la voz de 31 protagonistas de los proyectos de calidad implementados, cuyos testimonios sumaron 50.049 palabras que se volcaron en 147 páginas.

Las mismas se codificaron y se aplicó la matriz que incluye las categorías de análisis, para el examen de los datos relevados.

En el Cuadro N°2 se presentan similitudes y diferencias ordenadas por esas categorías de análisis. En dicho cuadro la primera columna (señalada como Hospital Z) y la tercera columna (señalada como Hospital G), indican las diferencias en cada categoría. La segunda columna (común a los Hospitales Z y G), indica las similitudes.

Capital social:

Los testimonios de los protagonistas aportan señales de la existencia de capital social.

Las estructuras socio-técnicas fueron generadas para implementar la gestión de calidad con características propias para cada institución de salud. Las mismas son ejemplos de asociatividad o capital social, ya que se perciben en ellas la confianza, la reciprocidad y la cooperación entre sus integrantes.

La cooperación se evidenció más claramente en las actividades de implementación de la gestión de calidad. Esta movida de la gestión de calidad consolidó las estructuras socio-técnicas y las enriqueció con la intersectorialidad. Las personas consideran que la cooperación entre sectores mejora las actividades cotidianas.

La reciprocidad apareció como lo que se espera del otro luego de haber colaborado con él. “La reciprocidad se percibió como una creencia en que los otros sectores y/o personas, llegado el caso, van a cooperar con uno. Este es el sustrato de la confianza”. Confianza en que el otro va a actuar recíprocamente y va a cooperar con uno, ya que uno, en algún momento, cooperó con el otro.

La confianza hacia los demás dependió por un lado de actitudes de este tipo y por otro la idoneidad en el ejercicio de las funciones que correspondan.

El sentido de pertenencia reflejó valores, creencias compartidas.

Los protagonistas de la gestión de calidad reflejaron una alta motivación expresada en sus testimonios. Ello se evidenció en la actitud de no resignarse frente a las dificultades y persistir en las acciones de gestión de calidad.

La persistencia fue la forma de superar los obstáculos. Los obstáculos del comienzo los caracterizaron como falta de motivación y los de la etapa de los logros como dificultades de implementación. Las bajas en las convocatorias al personal, particularmente al inicio de las acciones de implementación de la gestión de calidad, han sido las que han tenido que afrontar los grupos fundadores, demostrando con ello un nivel de tolerancia alto ante la adversidad.

La implementación de la gestión de calidad, estuvo impregnada por los valores propios de estas instituciones públicas, como son la equidad, la solidaridad y la accesibilidad para brindar las prestaciones de salud efectivas en la comunidad. Son estos valores los que están presentes en cada una de las actividades que se desarrollan en las instituciones de salud públicas. La gestión de calidad como una más de ellas, también contó con esta impronta para su realización.

Sin dudas que la presencia de los valores solidaridad, equidad y ac-

Comparación de Hospitales según categorías¹

| CATEGORÍAS | HOSPITALES | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| | Z | | G |
| Pertenencia | Dentro del Hospital, la pertenencia se relaciona más con el rol que desempeñan los actores y su lugar de trabajo | Todos los actores tienen sentido de pertenencia institucional. Entendido éste como un atributo más de las personas que lo portan en su humanidad y que se expresa en algo común que comparten, más allá de una visión | La calidad se asocia a atender bien a los chicos. Con la Calidad de las prestaciones, como valor fundacional |
| Antigüedad | Existen pasos previos, antecedentes en la institución de gestión de calidad que operaron facilitando la continuidad de las acciones | Los actores señalan un punto de partida, de acuerdo a su nivel de liderazgo, en la implementación de la gestión de calidad. Los puntos de partida en la gestión de calidad son disímiles | Las cosas se venían haciendo bien desde hace tiempo, incluso desde su fundación como Hospital a la presentación al PNC |
| Estructura | Los facilitadores han sido los mismos miembros del C. de G. C., que han logrado transmitir a los integrantes de procesos o unidades, que no están solos | El apoyo de la Dirección lo han sentido todos los actores, independientemente del “matiz” de su liderazgo. El Comité de Gestión de Calidad al igual que el GCO han actuado como el grupo inicial que ha afrontado los obstáculos presentes cuando aún no había resultados | Los facilitadores han sido personas de distintos micro procesos analizados, capacitados por integrantes del GCO. Han actuado como “referentes” de los procesos junto a los dueños de los mismos. Convocados a través de la estructura organizativa del Hospital junto a dueños de macro procesos que incluyeron a los micro, y se organizaron en 39 procesos integrantes |
| Cambios | Tanto en la Dirección como en el Comité de Gestión de Calidad se perciben las acciones como pasos para un cambio cultural. En el nivel más operativo, se perciben las acciones de gestión de calidad como cambios en la cotidianeidad | La gestión de calidad implica una idea de cambiar las cosas existentes y favoreció la comunicación intersectorial y promovió un cambio cultural. Incorpora una manera de analizar las situaciones, que lentamente va cambiando la cultura (particularmente médica), al de-mostrar que la mejor atención de los pacientes no depende solamente del conocimiento disciplinar, sino además, de la gestión de otros factores tanto asistenciales como logísticos | En todos los niveles de liderazgo la gestión de calidad es percibida como una herramienta para mejorar las actividades que ya se venían realizando. La mirada de procesos atravesó la organización favoreciendo la comunicación entre sectores que antes tenían escasos canales institucionales de contacto: logísticos y asistenciales |
| Acciones Impulsoras | El ejemplo, en el nivel y rol que se trate, es una constante. En los niveles operativos se nota un mayor compromiso con las actividades, observado por el nivel de conocimiento de las mismas | Selección de personas. Capacitación. Las actividades extramuros con otras instituciones, consolidan las actividades intramuros de la gestión de calidad | Está documentada la implementación de la gestión de calidad (cómo) y los logros (qué). Hay prácticas institucionales de la gestión de calidad establecidas (ateneos de indicadores), con diferente respuesta en su convocatoria |
| Superación de Obstáculos | Las dificultades en la implementación de la gestión de calidad, están identificadas de acuerdo al nivel de liderazgo y el tipo de actividad realizada. Los obstáculos del comienzo (falta de motivación) no son los mismos que la etapa de los logros (dificultades de implementación). La persistencia en las acciones aparece como el mecanismo para superar los obstáculos. Adhesión y rechazo, dos caras de la misma moneda: persistencia | | |
| Sustentabilidad | El contexto sanitario debe operar favoreciendo la continuidad de las acciones | La continuidad de las acciones está relacionada con la motivación de las personas que participan y el liderazgo de quienes las impulsan. La motivación, con diferentes expresiones está presente, como combustible de acciones realizadas y futuras. La persistencia en las estrategias de implementación de la gestión de calidad y la continuidad de las instancias organizativas, son percibidas como factores esenciales para la sustentabilidad | Las metas propuestas, tanto institucionales (Premio Ibero-americano) como sectoriales (Certificación ISO u otras), consolidan una perspectiva de la gestión de calidad. El contexto sanitario no aparece como limitante ni tampoco como determinante. Las instancias organizativas de gestión de calidad se han incorporado en el organigrama establecido, transitando por sus estructuras. Disposiciones y Resoluciones relacionadas con la gestión de calidad, se han integrado al cuerpo legal de la institución |

¹ En la columna central se presentan los aspectos hallados comunes a los dos hospitales. En la columna Z y en la G se presentan los aspectos particulares de los respectivos hospitales. Las categorías presentadas en el capítulo de metodología son una integración de los hallazgos de la experiencia construida para los dos casos.

cesibilidad, dieron cuenta de muchas de las razones presentes para superar obstáculos, sumar esfuerzos, alegrías y broncas.

5. Conclusiones

Se realizó un abordaje exploratorio a los procesos de implementación de la Gestión de Calidad en hospitales dependientes del subsector estatal de salud del GCBA.

Para la investigación se realizaron 17 entrevistas (individuales y grupales) que alcanzaron a 36 informantes clave (incluyendo protagonistas del proceso de trabajo y expertos en conocimientos vinculados a la temática de la investigación).

El estudio aporta conocimiento acerca de la dinámica que asumen, en la práctica cotidiana de los servicios de salud, los procesos de implementación de la gestión de calidad, y cómo a la vez dicha dinámica se encuentra atravesada por elementos subjetivos y objetivos que la constituyen como un producto de construcción institucional y colectivo.

La sistematización de la información recopilada mostró para los 34 hospitales de jurisdicción:

- El 94% (32 /34) de los hospitales tienen Comité de Gestión de Calidad validados por el Ministerio de Salud GCBA.
- El 64,7% (22/34) de los hospitales realizaron por lo menos una experiencia de implementación de Calidad utilizando el modelo del Premio a la Gestión de Calidad de la jurisdicción.

Para los dos casos seleccionados, las actividades llevadas a cabo responden a la aplicación de un modelo externo que actúa como guía para la implementación de la gestión de calidad. En el Garrahan (Hospital G) el Premio Nacional a la Calidad y en el Zubizarreta (Hospital Z) el Premio a la Gestión de Calidad del GCBA.

En ambos casos estudiados en profundidad se entrevistó al 20% de los líderes de la implementación de la gestión de calidad y se logró avanzar en la sistematización del abordaje de las características organizacionales.

Se aplicaron las siete (7) categorías de análisis de los contenidos de las entrevistas a los protagonistas de la implementación de la gestión de calidad. Dichas categorías contemplan diferentes aspectos organizacionales, pero las mismas no son exhaustivas.

- El ordenamiento de las categorías se relaciona con la evolución del componente instituyente.
- El orden de las categorías se inicia con la pertenencia de un individuo al hospital y desde allí cada categoría incluye aspectos de la anterior.
- La segunda categoría es la antigüedad en la gestión de calidad expresada por cada participante.
- La tercera categoría es la estructura socio técnica que incluye a todos los actores del proceso laboral.
- La cuarta categoría se refiere a los cambios fundamentalmente de la cultura.
- La quinta y la sexta categoría abarcan las acciones reconocidas como impulsoras de la gestión de calidad y el modo en que se superan los obstáculos.
- La séptima categoría es la más compleja y se refiere a la calidad sustentable, sostenida por procesos normativos y creativos que implican al modo que la organización cumple su misión y es reconocida por satisfacer las demandas de la población.

Si bien la implementación de la gestión de calidad es una construcción social singular para cada hospital, se hallaron respuestas comunes a las categorías de análisis en las dos organizaciones.

- Todos los actores tienen **sentido de pertenencia** institucional. Entendido éste como un atributo más de las personas que lo portan en su humanidad y que se expresa en algo común que comparten, más allá de una visión. Si bien es una condición presente entre los protagonistas entrevistados, la misma no parece suficiente a la hora de la implementación de la gestión de calidad.
- Los actores señalan **un punto de partida** de la gestión de calidad de acuerdo a su nivel de liderazgo en la implementación. Los puntos de partida en la gestión de calidad son disímiles.
- El **apoyo de la Dirección** lo perciben todos los actores, independientemente del “matiz” de su liderazgo. Un grupo de líderes actuó como grupo inicial afrontando los obstáculos desde los comienzos de la implementación.
- La gestión de **calidad implica la idea de cambiar** las cosas existentes, favorece la comunicación intersectorial y promovió un cambio cultural. Incorpora una manera de analizar las situaciones, que lentamente cambia la cultura. Demuestra que la mejor atención de los pacientes no depende solamente del conocimiento disciplinar, sino además, de la gestión de otros factores tanto asistenciales como logísticos.
- Las **acciones impulsoras** comunes a las dos instituciones son la selección de personas y la capacitación. Las actividades extramuros con otras instituciones, consolidan las actividades intramuros de la gestión de calidad.
- Las **dificultades en la implementación** de la gestión de calidad, están identificadas de acuerdo al nivel de liderazgo y el tipo de actividad realizada. Los obstáculos del comienzo por falta de motivación, no son los mismos que la etapa de los logros: las dificultades de implementación. La persistencia en las acciones aparece como el mecanismo para superar los obstáculos. La adhesión y rechazo, dos caras de la misma moneda: la persistencia.
- La **continuidad de las acciones** está relacionada con la motivación de las personas que participan y el liderazgo de quienes las impulsan. La motivación, con diferentes expresiones está presente, como combustible de acciones realizadas y futuras. La persistencia en las estrategias de implementación de la gestión de calidad y la continuidad de las instancias organizativas, son percibidas como factores esenciales para la sustentabilidad.

El rol que vivencian las personas que participan en gestión de calidad está vinculado a su nivel de participación y refleja el compromiso de dichas personas en la implementación. El nivel de participación, refleja el compromiso en la implementación de la gestión de calidad y es independiente del rol que cumple cada persona en la implementación de la misma.

La aplicación de la gestión de calidad mejora los resultados de la actividad asistencial y la operativa, según los testimonios de los protagonistas. Existen elementos objetivos y subjetivos que intervienen en la percepción del personal. Las personas reconocen el aporte de sus trabajos en los resultados de la gestión de calidad.

Las personas están conectadas en la organización a través de las estructuras socio-técnicas y con el apoyo de la dirección. Existen redes internas y con los organismos promotores de los respectivos modelos de calidad. Además se vinculan con las sociedades científicas, con instituciones barriales de acuerdo con el perfil de cada hospital.

Las estructuras socio-técnicas generadas para implementar la gestión de calidad tienen características propias para cada institución de salud. Las mismas son ejemplos de asociatividad o capital social, ya que se perciben en ellas la confianza, la reciprocidad y la cooperación entre sus integrantes.

La cooperación es la de mayor presencia y más aún entre aquellos que llevan adelante el proceso de gestión de calidad, como surge de los testimonios.

La reciprocidad es considerada como lo que se espera del otro luego de haber colaborado con él. Se podría decir que una colaboración previa presupone una acción de reciprocidad. La confianza hacia los demás depende de actitudes de reciprocidad y cooperación.

El sentido de pertenencia es el primer indicio de la presencia de capital social, ya que esa pertenencia refleja valores, creencias compartidas.

Los protagonistas de la gestión de calidad portan en su humanidad una pasión por su implementación. Esta pasión expresada como motivación, genera la actitud de no resignarse y persistir en las acciones

implementadas para la gestión de calidad. La persistencia es la expresión de esa pasión; y se evidencia como forma de superar esos y otros obstáculos

Esta investigación aporta un modelo para indagación de otras instituciones y da pautas para la integración del equipo investigador incluyendo el rol del Investigador Participante.

Una cuestión importante a trabajar en el corto plazo es aplicar el modelo de indagación desarrollado, en otras experiencias de investigación, aplicándolo a otras instituciones de diferentes jurisdicciones y/o naturaleza, públicas, privadas, de la seguridad social, o de otro tipo de organizaciones. El modelo de indagación comprende los instrumentos y la metodología empleada en su aplicación.

Bibliografía

- ALBRECHT, K. *Inteligencia Social*. Barcelona: Ediciones B.S.A. 2006. pp. 363.
- ALLES, M. *Dirección Estratégica de Recursos Humanos*. Buenos Aires: Ed. Granica. 2000. pp. 445.
- ARRIAGADA, I. *Capital social potencialidades y limitaciones analíticas de un concepto*. *Estudios Sociológicos XXI*, 2003. pp. 63.
- AZEVEDO DE, A.; KORYCAN, T. *La Gestión de Calidad en los servicios de Salud, en Transformar las Organizaciones de Salud por la Calidad*. Santiago de Chile: PARNASSAH, 1999. pp. 343.
- BENAVIDES VELA ZCO, C.; QUINTANA GARCIA, C. *Gestión del Conocimiento y Calidad Total*. Madrid: Ed Díaz de Santos, 2003. pp. 228.
- BERTRAN, R.; HIRRS, A.; KALBERMATTER, G.; MUNCH, T.; SOSA, H.; VEGA, H. *Modelos de excelencia en la Gestión. Un análisis comparativo* Buenos Aires. CONSEJO ARGENTINO PARA LAS RELACIONES INTERNACIONALES, 2002. pp. 198 (Colección Documentos de Trabajo).
- BIANCONI, Z.; MABILIA, J.; MATUSEVICH, M.; QUADRINI, N. *Gerenciamiento de la Calidad en el Hospital Público*, en *Gerenciamiento Hospitalario de Agustín Bartomeo*. Buenos Aires: ed. Artes Gráficas, 1999. pp. 259-271.
- BIANCONI Zulema y colaboradores. *Calidad en Salud. Diez años de experiencia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Publicación del Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): 2007. <http://www.ops.org.ar/publicaciones/otraspubtitulo.html>
- BIANCONI, Z. *Tecnología y cultura. Reflexiones sobre el funcionamiento de los servicios de salud*. Publicado en INTERNET www.isalud.org. 2002.
- CHARLOTTE, R.; Thompson, S. *Nuestro programa de calidad no funciona*, en Peter Senge y col. *La quinta disciplina en la práctica*. Barcelona: Ed. Granica, 1994. pp. 459-468.
- CHRIS, C.; PARCELL, G. *La Gestión del Conocimiento*. Barcelona. Ed. Paidós. 2003.
- DASSO, Alberto y colaboradores. *Liderazgo participativo. Experiencia de un modelo organizacional*. Presentado en el Segundo Encuentro sobre Liderazgo, organizado por el Instituto Universitario Naval (INUN), Buenos Aires, Dic. 2002. Publicado en Internet [www.dbd.dgasis.buenosaires.gov.ar](http://www.inun.edu.ar/www.dbd.dgasis.buenosaires.gov.ar)
- DONABEDIAN, A. *Revista de Calidad Asistencial Volumen 16. Órgano de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial*. 2002. pp.144.
- DURSTON, J. *Qué es el capital social comunitari. Serie de Políticas Sociales N° 38, CEPAL*, Santiago de Chile. 2000.
- DURSTON, J. *Capital Social: parte del problema, parte de la solución, su papel en la persistencia y en la superación de la pobreza en América Latina y El Caribe*. Atria et al. 2003. pp. 147-202.
- ECHEVERRÍA, R. *La empresa emergente. La confianza y los desafíos de la transformación*. Buenos Aires: Granica, 2006. pp.159.
- ETKIN, J. *Capital social y valores en la Organización sustentable. Capítulo 1* Buenos Aires: Ed. Granica, 2004. pp. 448.
- FASSIO, A.; PASCUAL, L. *Introducción a la Metodología de la Investigación*. Buenos Aires: Ed. Macchi. 2004. pp. 176.
- HARVARD BUSINESS REVIEW, *Gestión del Conocimiento*. Bilbao: Ed. Deusto SA, 2000. pp. 244.
- KLIKSBERG, B.; RIVERA, M. *El Capital Social movilizado contra la pobreza. La experiencia del Proyecto de Comunidades Especiales en Puerto Rico*. Argentina, Buenos Aires: FLACSO, 2007. Capítulo II.
- LALANNE, R. *Algunas consideraciones sobre la convergencia paradigmática*, en *Caja de Herramientas*. Buenos Aires: Ed. Mimeo, 2002. pp. 236.
- MALIK, M.; TELEX, J. *Hospitals e Programas de qualidades no estado de Sao Paulo*, *Fundação Getulio Vargas; RAE publicações*; 41 (3), 2001
- MARRADI, A.; ARCHENTI, N.; PIOVANI, J. *Focus Group y otras formas de entrevista grupal*, en *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Ed. Emecé, 2007. pp. 227-236 y pp. 322.
- MANOUKIAN, D. *Construcción de Redes en Salud, el caso Cutral Cú*. Buenos Aires: Ediciones Isalud, 2004. pp. 54-62.
- MAXWELL, J. *El ABC de las Relaciones*. Buenos Aires: V& R, 2007. pp.103.
- MINTZBERG, H.; Bruce, A.; Joseph, L. *Safari a la estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico*. Barcelona: Granica, 1999. pp. 480.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La gestión de la Calidad, en La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*, 2001. pp. 192-221.
- OTERO, R. *La Acreditación de Sistemas de Salud. Consideraciones metodológicas y su aplicación a redes*. *Revista ITAES*, Vol 6, N° 1, 2001. pp. 9-16.
- PAGANINI, J. M. *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria: la relación entre estructura, proceso y resultado*. Washington: OPS, 1993.
- PUTNAM, R. *The prosperous community: social capital and public life*. *American prospect*, Num. 13, 1993. pp. 35-42.
- ROVERE, M. *Hacia la construcción de redes en salud*. Secretaría de Salud Pública de Rosario, 1998.
- ROVERE, M. *Algunas sugerencias para el desarrollo futuro de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina*. Noviembre 2004. pp.150.
- SALAZAR, G. *De la participación ciudadana: capital social constante y capital social variable*. En, *Proposiciones: sociedad civil, participación y ciudadanía emergente*, Num. 28. Santiago de Chile: Sur Profesionales, 1998.
- SENGE, P.; KLEINER, A.; ROBERTS, Ch y col. *La danza del Cambio. Los retos de sostener el impulso en las organizaciones abiertas al aprendizaje*. Bogotá: Editorial Norma, 2000.
- SHEIN, E. *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Editores Plaza & James S.A., 1985.
- SHIBA, S.; GRAHAM, A y WALDEN, D. *TQM: Desarrollos Avanzados*. Madrid: TGP Hoshin, 1995.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: ed. Paidós, 1986.
- TOBAR, F. *Como sobrevivir a una tesis en Salud*. Buenos Aires: ISALUD, 2006.
- VALDES, L. *La evolución de la estrategia de calidad dentro de la empresa, Conocimiento es Futuro. Hacia la sexta generación de la calidad*. México: COMCAMIN. Centro para la Calidad Total y la Competitividad, 1996.
- VARO, J. *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- VASILACHIS DE GIALDINO, I.; AMEGERAS, A.; MENDIZABAL, N y otros. *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Buenos Aires: Ed. Gedisa, 2007.
- VIEYTES, R. *Metodología de la investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad*. Buenos Aires: Ed. De las Ciencias, 2004.
- YACUZZI, E. *¿Tiene relevancia la gestión de calidad total? Reflexiones a la luz de los escritos de sus fundadores*. *Pharmaceutical Management*, Año 4, No. 10, p. 34-51 (Parte I), y Año 5, No. 11, p. 28-37 (Parte II), 2002/3.