

Evaluación de Clínicas en los Estados Zulia, Trujillo y Mérida bajo el Enfoque de Calidad y Productividad⁽¹⁾

Arturo Pérez Frías
Centro de Estudios de la Empresa.
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.
Universidad del Zulia.

RESUMEN

Con base en el "MANUAL FIM", se realizaron diagnósticos a fin de medir las condiciones y aptitudes para cumplir sus objetivos presentadas por cada una de siete clínicas seleccionadas. Las mismas mostraron poca capacidad competitiva y respuesta insuficiente frente a las expectativas de sus clientes. La valoración definió prioridades que permitirían ordenar cada organización estudiada, mediante planes orientados hacia procesos autosostenidos de mejora.

Palabras claves: Calidad, Productividad, Gestión, Servicio, Salud.

DIAGNOSIS ABOUT MEDICAL CENTERS (CLINICS) IN ZULIA, TRUJILLO AND MERIDA STATES, UNDER THE QUALITY AND PRODUCTIVITY APPROACH.

ABSTRACT

The author, supporting on "Manual FIM", accomplished diagnostics to measure status and aptitude to obtain goals, showed by each of seven selected clinics. This organizations showed poor competitive capacity and inadequate response to their customers expectancy. The valuation defined priorities that could allow to organize each investigated organization in this work, toward orientated plans of autosustained improvement process.

Key words: Quality, Productivity, Management, Service, Health.

INTRODUCCION

Este artículo se basa en los resultados del proyecto de investigación, financiado por el CONDES: "Organizaciones Médico Hospitalarias Privadas. Capacidad para mejorar la calidad de los servicios en clínicas de la región occidental venezolana".

El área de servicios resulta difícil de analizar (Horovitz, 1990) por la intangibilidad de sus "productos", lo cual complica el diagnóstico global de la situación del ABC administrativo en las organizaciones que los prestan y la implantación de un proceso de mejoramiento de la calidad y productividad; por otra parte, Gómez, Guzmán y Páez (1985), así como Páez (1985), señalaron que en el país las herramientas de diagnóstico y metodología básica para poner en marcha tal proceso se han aplicado más en la empresa industrial, existiendo reducida experiencia en aplicaciones de la metodología hacia empresas de servicio, especialmente en lo referente al sector hospitalario privado.

La atención que requiere la salud de la población (Salom Gil, 1985) reclama que se identifiquen de manera global las causas por las cuales ese sector se encuentra en dificultades, con el fin de establecer y poner en marcha planes para el cambio de la situación que han venido confrontando quienes deben acudir a él, tanto a nivel público como privado.

En base a lo anterior, el autor se fijó como objetivo general determinar la funcionalidad y capacidad de prestación de servicios, desde el punto de vista de calidad y productividad, que presentaban clínicas de la región occidental venezolana frente a las necesidades de atención demandadas por los habitantes de sus respectivas zonas de influencia y como objetivos específicos los siguientes:

1. Reajustar y adaptar el manual FIM (Rodríguez, Kovacs, Tamayo y Raydan, 1990) para aplicarlo a organizaciones médico-hospitalarias privadas (Clínicas), ubicadas en la región occidental venezolana, específicamente en las ciudades de Maracaibo, Cabimas y Ciudad Ojeda del Estado Zulia, Valera del Estado Trujillo y Mérida del Estado Mérida.

2. Aplicar el Manual FIM reajustado y adaptado a una muestra de las clínicas ubicadas en el área señalada.

3. Determinar la situación general de cada organización evaluada frente a las prácticas de gestión tipificadas en el Manual.

4. Determinar las áreas de gestión con situación diferente a

la tipificada en el Manual.

5. Determinar el perfil global resultante de la evaluación por clínica así como el general por área.

La herramienta de diagnóstico MANUAL FIM, fue desarrollada a partir de la "Norma 1980. Capacidad para mejorar la productividad" y diseñada (Rodríguez y otros, 1990) para conocer la situación general de una organización respecto a las buenas prácticas de gestión, lo cual en el caso de las clínicas, se refiere a los sistemas administrativos, así como a la generación y prestación de los servicios, en el entendido de que los resultados concretos de una alta o baja calidad y productividad y la posibilidad de mejoras futuras, dependerían directamente de la ejecución o no de dichas prácticas.

Por tales razones, la aplicación del Manual FIM adaptado a organizaciones médico hospitalarias permitió, bajo la óptica de calidad y productividad, detectar áreas o factores fuertes, débiles o muy débiles, desde el punto de vista del modelo sobre buenas prácticas de gestión en el que se basa dicha herramienta, lo cual llevó a efectuar una valoración de forma general sobre las condiciones y aptitudes de cada una de las organizaciones investigadas para operar eficientemente cumpliendo sus objetivos, e identificó si estaban con capacidad de adaptación a los continuos cambios que necesariamente deberán enfrentar para desempeñarse exitosamente.

METODOLOGIA

Se procedió a la aplicación del Manual FIM, (Rodríguez y otros, 1990), adaptado por el autor a centros médico hospitalarios privados. Se contó con la colaboración de la Lic. Ledy Briceño como asistente de investigación, quien realizó parte del trabajo de campo tanto en Valera como en Mérida, y el esfuerzo de cinco equipos de estudiantes dirigidos a su vez por el coordinador del proyecto, cuyos integrantes efectuaron las evaluaciones a clínicas ubicadas en Maracaibo y Costa Oriental del Lago.

Se seleccionaron tres clínicas en Maracaibo, dos en La Costa Oriental del Lago (Cabimas y Ciudad Ojeda), una en Valera y una en Mérida, escogidas mediante los siguientes criterios: a) relevancia dentro del entorno al cual sirve; b) número de camas; c) servicios que presta y d) disposición de la alta gerencia de la organización para que se realizara la investigación. Bajo tales condiciones, se

escogieron las siguientes: a) en Maracaibo: Centro Médico Paraíso, Hospitalización Falcón y Hospital Clínico; b) en Cabimas: Centro Materno Infantil El Rosario; c) en Ciudad Ojeda: Centro Materno Infantil Ciudad Ojeda; d) en Valera: Centro Clínico María Edelmira Araujo; e) en Mérida: Centro Clínico C.A.

El procedimiento seguido en cada clínica, según lo indicado por Rodríguez y otros (1990), fue el siguiente:

1. Familiarización con el Medio Ambiente.
2. Introducción a la Organización Médico-Hospitalaria.
3. Evaluación área por área / valoración.
4. Desarrollo del informe de aplicación.
5. Discusión del informe con las autoridades de la organización.
6. Elaboración del informe final.
7. Entrega del informe sobre la clínica a las autoridades de la misma.

Adicionalmente, la información recopilada se utilizó como insumo para el análisis e interpretación de resultados y conformación del informe global del proyecto.

Siguiendo la metodología del Manual FIM, se determinó el porcentaje (%) de cumplimiento por área, dividiendo el puntaje obtenido por el valor total de cada una. El valor porcentual se distribuyó en base a cuatro criterios situacionales: a) Muy Débil: "deficiencias extremas que afectan la calidad y productividad en las prácticas de gestión, de manera notoria"; desde 0 hasta 24%. b) Débil: "Deficiencias marcadas que afectan la calidad y productividad en las prácticas de gestión"; desde 25 hasta 49%. c) Aceptable: "las deficiencias en el área pueden estar afectando la calidad y productividad en las prácticas de gestión"; desde 50 hasta 74%. d) Buena: "no existen síntomas evidentes de deficiencias que estén afectando la calidad y productividad en las prácticas de gestión"; desde 75 hasta 100%. Así se procedió con todas las áreas y finalmente se estableció el porcentaje de cumplimiento del Manual, el cual representó la calificación global de cada clínica respecto a su potencial de mejoramiento en calidad y productividad.

RESULTADOS DEL ESTUDIO Y DISCUSION

Las siete organizaciones evaluadas presentaron, para el período de tiempo en el cual se realizó la investigación (enero a julio de 1991 y mayo de 1992 a julio de 1993), las siguientes caracteris-

tics: En Maracaibo, de acuerdo con González L. y Morales A. (1991), la clínica identificada como MAR1 (Centro Médico Paraíso) contaba con un personal de 272 trabajadores y 72 camas; por otro lado, según Rincón, Rodríguez y Villalobos (1991), MAR2 (Hospitalización Falcón), tenía 162 trabajadores y 71 camas; además, Briceño, Escalona y Ferrer (1991), indicaron que MAR3 (Hospital Clínico), manejaba 412 trabajadores y 121 camas. En el caso de Cabimas y Ciudad Ojeda, las características resultaron más limitadas: Briceño, Caraballo y Figueroa (1991), señalaron que COL1 (Clínica Materno Infantil Ciudad Ojeda) contaba con 47 trabajadores y 23 camas, mientras Bermúdez Labrador y Millán (1991), indicaban que COL2 (Centro Materno Infantil El Rosario) tenía 31 trabajadores y 21 camas. En relación con los Andes, la Clínica VAL1 (Centro Clínico María Edelmira Araujo) ubicada en Valera, reportó en el momento de la revisión global de sus funciones, 65 trabajadores y 31 camas; por su parte MER1 (Centro Clínico C.A.) ubicada en Mérida, contaba con 80 trabajadores y 38 camas.

De la aplicación metodológica se obtuvo lo siguiente:

a) Estado Zulia: Se evaluaron cinco clínicas: 3 en Maracaibo y 2 en la Costa Oriental.

Con relación a MAR1, el análisis realizado (González L. y Morales A., 1991) determinó contradicciones mediante las cuales la gerencia de esa clínica consideraba al recurso humano como uno de los activos más valiosos de la organización pero no existían sistemas de evaluación periódica al empleado, ni políticas de incentivos que permitieran mejorar la satisfacción de sus necesidades, tanto físicas como emocionales; sumándose además, entre otros aspectos, la falta de organigrama actualizado y el trabajo sin la base de un presupuesto anual; la gerencia esperaba resolver la situación mediante la puesta en marcha de un proceso de organización administrativa que pretendía poner en orden los elementos constitutivos de la organización y buscar la prestación de un servicio excelente, sin haber previamente realizado una evaluación integral de la situación real de ese centro hospitalario. El trabajo realizado por los investigadores, en función del proyecto, arrojó un resultado global del 41%: es decir, existían deficiencias marcadas que afectaban la calidad y productividad en las prácticas de gestión; pero por otro lado se contaba con un porcentaje de oportunidades de mejorarlas en un 59%, con determinación clara de cuales eran las prioridades que deberían considerarse.

En MAR2 (Rincón, Rodríguez y Villalobos, 1991), la evaluación arrojaba igualmente un resultado global indicativo de deficiencias marcadas que afectaban la calidad y productividad: En el área de Gerencia, ésta no era participativa y existía centralización, pues los jefes de departamento carecían de autonomía suficiente para tomar decisiones. Por otra parte, en lo referente al recurso humano no contaban con una verdadera política para el manejo de personal con la cual los trabajadores pudieran sentirse plenamente identificados con la organización y contribuir así a una mayor calidad y productividad del servicio. El sistema de control de calidad no funcionaba adecuadamente, pues no utilizaban herramientas para identificar el desperdicio y tomar medidas orientadas a ofrecer un servicio de calidad. Faltaban también políticas, planes y programas para realizar el mantenimiento a todos los niveles de la organización y existía una gran desorganización en el departamento respectivo. La puntuación global obtenida alcanzó al 30% de cumplimiento, lo cual significó un 70% de oportunidades de mejora en esa clínica.

Para MAR3, los evaluadores asignados a este centro hospitalario detectaron la existencia de una gerencia tradicional y comportamiento centralizado de la toma de decisiones, por la fuerte limitación que imponía en sus decisiones la junta directiva. Nuevamente las dificultades a nivel de Recursos Humanos se hicieron presentes (Briceño, Escalona y Ferrer, 1991): no se tenían establecidas políticas, planes y programas de entrenamiento, desarrollo, evaluación, estímulos, motivación e incentivos al personal; en la mayoría de los servicios había insuficiencia de personal. Además, existían problemas con el espacio físico para los diferentes servicios, dificultades en el mantenimiento de equipos e instalaciones, ausencia de una política de crédito y cobranzas que les permitiera mantener un nivel de disponibilidad financiera para asegurar el funcionamiento continuo y estable, el cumplimiento de los compromisos y la proyección necesaria para planes de mejoramiento y ampliación. Por otra parte, no se había establecido un presupuesto en todos los años de funcionamiento de esa clínica, hasta la evaluación realizada en 1991 por los investigadores, careciendo de esa herramienta tan valiosa para el control y toma de decisiones, uniéndose a esto la ausencia de auditorías internas y externas, lo cual afectaba la confiabilidad en sus sistemas contables, cuyos resultados por otra parte carecían de la disponibilidad y

oportunidad necesarias para apuntalar la toma de decisiones. El resultado de la valoración fue de 22%: deficiencias extremas que afectaban la calidad y productividad en las prácticas de gestión de esa organización, lo cual desde el punto de vista opuesto representaba para aquel momento un 78% de oportunidades de mejora.

La clínica COL1 ubicada en la Costa Oriental del Lago, con una valoración del 12%, presentaba deficiencias extremas que estaban afectando la calidad y productividad en sus prácticas de gestión. No obstante cualquier acción destinada a resolver problemas obvios representaba favorecer un mejoramiento en su respuesta a los clientes, pues sus oportunidades se valoraban en un 88% frente al modelo utilizado. Los evaluadores (Briceño, Caraballo y Figueroa, 1991) señalaron que esa clínica se caracterizaba por la ausencia de un organigrama, lo que impedía establecer con precisión el flujo de la información, así como la existencia de una estructura funcional rígida, en la cual la información era manejada por la alta gerencia pero no estaba a la disposición del resto del personal, dificultándose de esta forma la agilidad en las prácticas de gestión.

La valoración obtenida en COL2 (Bermúdez, Labrador y Millán, 1991) fue del 5%: deficiencias extremas estaban afectando la calidad y productividad en las prácticas de gestión de esa clínica, por no contar con un manual de normas, políticas y procedimientos, así como también no tener establecidas claramente las responsabilidades del personal para enfrentar los problemas que se pudieran presentar en esa organización. Señalaron los evaluadores que la organización no establecía objetivos específicos, no tenía una clasificación de cargos, ni funciones establecidas para ello, no existía un plan o sistema de adiestramiento de personal; todas las áreas evaluadas presentaban gran debilidad, pero en situación prioritaria se ubicaron Sistemas de Control de Calidad, Mercadeo, Recursos Humanos y Mantenimiento. Como dato muy concreto que demostró la difícil situación de esa clínica, se determinó el promedio semanal de camas ocupadas, basándose en el procedimiento señalado por Salom Gil (1992), para los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1990, el cual fue de 26, mientras al de camas desocupadas correspondió 106, determinándose como posibles causas en opinión de sus propios empleados, las deficiencias en los servicios, falta de equipos y falta de experticia en el personal. En síntesis, cualquier acción de mejora que emprendie-

ran los directivos de esa organización, especialmente en las áreas prioritarias señaladas anteriormente, iba a redundar en beneficios para la misma, pues sus oportunidades de mejora se encontraban en un 95% frente al modelo utilizado para el diagnóstico realizado.

b) Estado Trujillo: Se evaluó una clínica (VAL1), ubicada en Valera; en este centro médico hospitalario, los resultados superaron lo encontrado en las clínicas precedentes: su valoración global alcanzó el 43%, es decir, existían debilidades marcadas que estaban afectando la calidad y productividad en sus prácticas de gestión, con un potencial de mejora del 57%. Presentaba debilidad extrema en como prevenir y corregir dificultades a nivel de la calidad de sus servicios, con fallas en sus sistemas de información. Otro inconveniente era la restricción en el espacio físico, lo cual le ocasionaba graves problemas a nivel del depósito de los materiales necesarios para el funcionamiento de la clínica y el manejo de los mismos, afectando además dependencias como cocina, lavandería y hospitalización, entre otras. La siguiente área con dificultades fue Organización, Información y Normalización, donde la falta de un manual de normas, fallas en la estructura organizacional y en los sistemas de información requerían la atención debida de la Gerencia, para corregir los problemas señalados. En el caso de Recursos Humanos, la mayor dificultad se ubicó en Políticas de Motivación, donde la Gerencia debía tomar medidas para incrementar el compromiso de sus empleados y lograr así mayor involucramiento en la atención a los clientes y usuarios de los servicios de esa clínica. En síntesis, la valoración dio ocho áreas bajo el criterio "débil", las cuales debían ser atendidas en primer lugar, con el fin de iniciar un proceso sostenido de mejoras en esa organización.

c) Estado Mérida: El diagnóstico se realizó en (MER1), una clínica escogida dentro de las ubicadas en la ciudad de Mérida; en ella, la valoración fue de 35%; es decir, la clínica en su conjunto, presentó deficiencias marcadas que afectaban la calidad y productividad en sus prácticas de gestión, con una contrapartida de 65% en oportunidades de mejora. Dentro de tal globalidad, las áreas o factores de evaluación que presentaron deficiencias extremas las cuales estaban afectando en mayor grado la calidad y productividad en el funcionamiento de la organización, fueron tres: Sistema de Control de Calidad, Mantenimiento y Finanzas. Dentro del control de calidad de los servicios, la sub-área o subfactor de mayor

restricción fue Mediciones y Sistema de Información. En el caso de Mantenimiento, los Planes y el Control respectivo presentaron debilidades extremas; en Finanzas, el problema principal se detectó a nivel de Presupuesto y flujo de caja. Otra área o factor, el cual presentó según el criterio de evaluación condición de "deficiencias marcadas" pero con una valoración en el límite inferior (25%), fue Organización, Información y Normalización; los subfactores Sistemas de información de la clínica, Estructura funcional y Normas, presentaron notables dificultades, en especial el primero. A partir de la evaluación realizada, las debilidades detectadas y señaladas a la Alta Gerencia a fin de que se tomaran acciones inmediatas, se resumieron en: a) mejorar las comunicaciones a nivel interfuncional; b) descentralizar y delegar para disminuir la carga que se apreciaba a nivel de Alta Gerencia; c) desarrollar un entrenamiento sistemático y continuo a todo el personal mediante un programa donde se establezca qué enseñar y/o actualizar en el caso de cada trabajador y cuándo, a fin de lograr una fuerza laboral de excelencia, y d) establecer el soporte documental de normas, procedimientos, valores, creencias, misión y visión de la organización, con el fin de facilitar el análisis de procesos y búsqueda de la mejora a todos los niveles.

En base al diagnóstico compartido sobre los resultados por clínica, a cada una de ellas se le entregó el informe correspondiente y de acuerdo con lo encontrado en esta investigación, el autor analizó la información por dos vías.

Una primera forma de interpretar los resultados, fue a partir del análisis global del puntaje obtenido en las clínicas donde se hizo la intervención, lo cual permitió el establecimiento de promedios, presentados en la siguiente tabla:

Area (punt)\cli	MAR1	MAR2	MAR3	COL1	COL2	VAL1	MER1	PROM	%
QER(120)	59	31	31	11	8	49	62	36	30
OIN(120)	58	36	25	9	5	35	30	28	23
RRHH(100)	35	26	19	11	2	50	46	27	27
PPCS(120)	68	32	44	14	12	66	41	40	33
DPA(80)	28	28	11	19	14	22	43	24	30
SUM(100)	35	39	39	25	8	49	43	34	34
BDNS(100)	48	26	16	12	4	62	36	29	29
MAN(100)	43	21	4	4	3	41	19	19	19
FINI(80)	30	32	5	15	4	33	19	20	25
MER(120)	54	43	4	6	0	39	43	27	23
OSCU(100)	37	35	47	18	8	60	35	34	34
SCC(100)	27	21	19	3	0	27	18	16	16
HST(80)	22	22	23	12	3	27	30	20	25

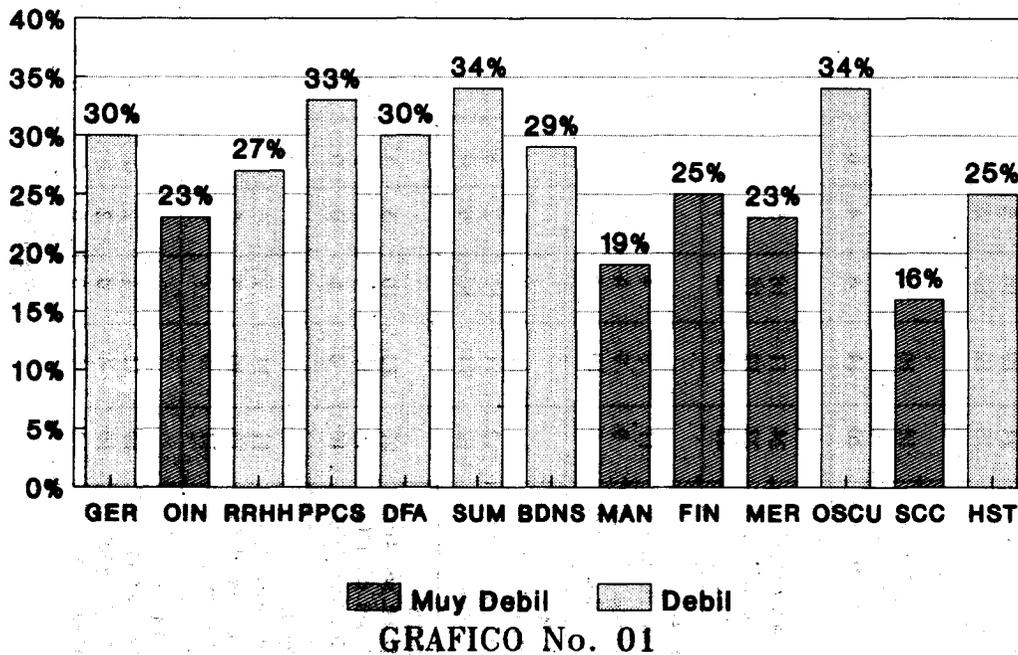
TABLA HD-1

En base a ella se construyó el gráfico N° 01, "EVALUACION PROMEDIO. Clínicas en Zulia, Trujillo y Mérida" y utilizando los criterios ya definidos, se ubicaron cuatro áreas tipificadas como muy débiles y una débil, a saber:

a) SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD; b) MANTENIMIENTO; c) MERCADEO; d) ORGANIZACION INFORMACION\NORMALIZACION y e) FINANZAS, analizadas a continuación con el auxilio de las tablas HD-2 y HD-3:

EVALUACION PROMEDIO

Clinicas en Zulia, Trujillo Y Merida



Fuente: Datos obtenidos por el autor

Evaluación de Clínicas en los Estados Zulia, Trujillo y Mérida.../Pérez Frías, A.

Area (punt)\cli	MARI	MAR2	MAR3	COL1	COL2	VAL1	MER1	PROM	%
GER:									
Ger. y M. Am(60)	24	19	18	8	8	29	32	20	35
Dir. y Con(60)	35	12	13	3	0	20	30	16	27
OIN:									
Estruc. fun(40)	18	10	10	5	5	12	11	10	25
Sist. de In(40)	20	12	7	0	0	16	7	9	23
Normalizac(40)	20	14	8	4	0	7	12	9	25
PPCS:									
Planific.(40)	24	11	16	5	4	24	9	13	33
Program.(40)	22	12	16	8	6	25	22	16	40
Control (40)	22	9	12	1	2	17	10	10	25
DFA:									
Dist. Pl. FI(50)	11	9	4	7	5	12	17	9	30
Almac. o Dep(20)	9	9	4	8	6	2	12	7	35
Manej. de Ma(50)	8	10	3	4	3	8	14	7	23
SUM:									
Política (40)	11	17	18	17	5	33	23	18	45
Plan. y Pro (30)	12	11	11	2	3	9	17	9	30
Control (30)	12	11	10	6	0	7	3	7	23
BDNS:									
Diseñ. serv(40)	22	13	10	5	2	28	22	15	38
Diseñ. proc(30)	16	10	6	7	2	26	12	11	37
Mét. Trabaj(30)	10	3	0	0	0	8	2	3	10
RRHI:									
Políticas(40)	11	11	7	6	0	25	22	12	30
Sis. Adm. P.(50)	13	10	5	5	2	14	14	9	30
Polit. Mot.(30)	11	5	7	0	0	11	10	6	20
MAN:									
Polit. y Dr(40)	19	11	4	2	0	22	14	10	25
Pl. y Prog(30)	10	4	0	2	2	11	3	5	17
Control(30)	14	6	0	0	1	8	2	4	13

TABLA HD-2

Area (punt)\cli	MAR1	MAR2	MAR3	COL1	COL2	VAL1	MER1	PROM	%
FIN:									
Pol. Finan(30)	11	15	2	11	1	14	10	9	30
Pres. y Fc. Ca(30)	6	7	1	3	0	11	2	4	13
Cont. Cost Ge(20)	13	10	2	1	3	8	7	6	30
MER:									
Pol. y Este.(60)	28	25	1	5	0	23	29	16	27
Ejec. y Con(60)	26	18	3	1	0	16	14	11	18
OSCU:									
Pol. y Est(50)	19	19	16	14	4	35	26	19	38
Ejec. y Con(50)	18	16	31	4	4	25	9	15	30
SCC:									
Org. del SI(40)	12	10	4	0	0	14	9	7	18
Med. y S. In(30)	6	6	12	2	0	8	4	5	17
Prev. y Cor(30)	9	5	3	1	0	5	5	4	13
HST:									
Pol. y Org.(30)	5	9	9	2	1	6	9	6	20
Plan. y Pro(30)	13	8	10	7	2	18	17	11	37
Control(20)	4	5	4	3	0	3	4	3	15

TABLA HD-3

Al revisar las sub-áreas utilizando las tablas HD-2 y HD-3, se encontró lo siguiente:

AREA	%	SUB-AREA LIMITANTE	%
SCC	16	Previsiones y Correcciones	13
		Mediciones y Sist. de Inform.	17
		Organización del Sistema	18
MAN	19	Control	13
		Planificación y Programación	17
		Política y Organización	25
MER	23	Ejecución y Control	18
		Políticas y Estrategias	27
CIN	23	Sistemas de Información	23
		Normalización	23
		Estructura Funcional	25

FIN	25	Presupuesto y Flujo de Caja	13
		Política Financiera	30
		Contabilidad	30

Puede apreciarse que las sub-áreas que presentaron los valores más bajos se refieren a Control y Sistemas de información, siendo las que colocan tales áreas bajo los criterios situacionales señalados; en base a esto, las oportunidades de mejora resultan evidentes.

Mediante el análisis de los valores porcentuales obtenidos por las diferentes clínicas en las cinco áreas citadas, se elaboró el cuadro A-1, el cual avala el resultado promedio; en efecto los rangos señalan una fuerte variación: pero ninguna de las organizaciones donde se aplicó el modelo de diagnóstico (presentándose los máximos en VAL1 y MAR1, mientras los mínimos se ubicaron en COL2), alcanzó el 50% de valoración para esas áreas, ubicándose éstas entre "muy débil" y "débil", lo cual representa un llamado muy concreto al análisis de las mismas por parte de cada organización, con el objeto de profundizar y determinar las dificultades que puedan existir en los procesos correspondientes, con el objeto de corregirlos y sentar las bases de un proceso de mejora continua.

Area\Clin	MAR1	MAR2	MAR3	COL1	COL2	VAL1	MER1	Rango
SCC (%)	27	21	19	3	0	27	19	0 - 27%
MAN	43	21	4	4	3	41	19	3 - 43%
FIN	38	40	6	19	5	43	24	5 - 43%
MER	45	36	3	5	0	33	36	0 - 45%
OIN	48	30	21	8	4	29	25	4 - 48%

CUADRO A-1

En el mismo gráfico Nº 01 "EVALUACION PROMEDIO. Clínicas en Zulia, Trujillo y Mérida", las ocho áreas restantes aparecen tipificadas como "débiles" ("deficiencias marcadas en el área que afectan la calidad y productividad"), en el siguiente orden: a) HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO; b) RECURSOS HUMANOS; c) BUSQUEDA Y DESARROLLO DE NUEVOS SERVICIOS; d) DISTRIBUCION DE PLANTA FISICA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS; e) GEREN-

CIA; f) PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS; g) SUMINISTROS; h) OFERTA DE SERVICIOS Y CAPTACION DE CLIENTES; utilizando las tablas HD-2 y HD-3 se analizan a continuación las sub-áreas o principios básicos correspondientes:

AREA	%	SUB-AREA LIMITANTE	%
HST	25	Control	15
		Política y Organización	20
		Planificación y Programación	37
RRHH	27	Políticas de Motivación	20
		Políticas	30
		Sistemas de Admin. de Personal	30
BDNS	29	Métodos de Trabajo	10
		Diseño de Procesos	37
		Diseño del Servicio	38
DFA	30	Manejo de Materiales	23
		Distrib. Planta Física	30
		Almacenes o Depósitos	35
GER	30	Dirección y Control	27
		Planificación Estratégica	33
PPCS	33	Control	25
		Planificación	33
		Programación	40
SUM	34	Control	23
		Planificación y Programación	30
		Políticas	45
OSCU	34	Ejecución y Control	30
		Políticas y Estrategias	38

Dentro de los Principios Básicos que limitan las diferentes áreas señaladas, se destacan los relacionados con el Control y las Políticas, con valoraciones que afectan notablemente cada área.

Los valores obtenidos permitieron desarrollar el cuadro A-2:

Area\Clin	MAR1	MR2	MAR3	COL1	COL2	VAL1	MER1	Rango
HST (%)	28	28	29	15	4	34	38	4 - 38%
RRHH	35	26	19	11	2	50	46	2 - 50%
DFA	35	35	14	24	18	28	54	14 - 54%
BNDS	48	26	16	12	4	62	36	4 - 62%
GER	49	26	26	9	7	41	52	7 - 52%
PPCS	57	27	37	12	10	55	34	10 - 57%
SUM	35	39	39	25	8	49	43	8 - 49%
OSCU	37	35	47	18	8	60	35	8 - 60%

CUADRO A-2

donde la situación expresada indica que las valoraciones obtenidas, en su nivel máximo oscilan entre 38 y 62% para aquellas clínicas con los mayores porcentajes por área (VAL1 con cuatro, MER1 con tres, MAR1 con uno), y en su nivel mínimo están entre 2 y 14% (COL2 con siete, MAR3 con uno) explicando esto el por qué de la ubicación de estas ocho áreas bajo el criterio "débil" en el gráfico N° 01 "EVALUACION PROMEDIO. Clínicas en Zulia, Trujillo y Mérida".

Profundizando en el análisis a un mayor nivel de detalle, se desarrolló el perfil general obtenido a partir de las siete clínicas, el cual aparece en el gráfico N° 02; el 42.86% de las organizaciones evaluadas, se ubicó en el criterio situacional "MUY DEBIL" (deficiencias extremas que repercuten notoriamente en la calidad y productividad); éstas fueron MAR3, COL1 y COL2.

Las cuatro restantes, que conformaron el 57.14% de la muestra, resultaron dentro del criterio "DEBIL" (deficiencias marcadas que afectan la calidad y productividad); en orden descendente VAL1, MAR1, MER1 y MAR2.

Para comprender el por qué de los valores alcanzados, se hizo necesario revisar cada una de las trece áreas en que se divide la herramienta; por esa vía fue posible ubicar en detalle los principios básicos y elementos de evaluación donde no se alcanzaron los niveles ideales expresados en el modelo comparativo utilizado o se lograron niveles que se acercaron en mayor o menor grado a lo estipulado como "deber ser" en éste. A partir de toda la información obtenida, se elaboró la matriz de doble entrada MAT-1 donde se relacionaron la frecuencia obtenida por criterio situacional con

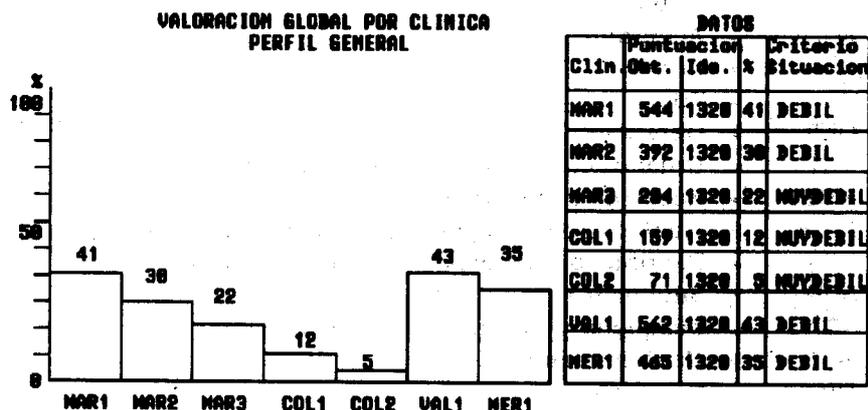


GRAFICO No. 02

Fuente: datos recopilados por el autor

las trece áreas evaluadas, la cual permitió visualizar cuales áreas resultaron críticas por su recurrencia en el conjunto evaluado, al indicarse en ellas de marcadas a extremas deficiencias que afectaban la calidad y productividad.

CS\AF	GER	OIN	RRHH	PPCS	DFA	SUM	EDNS	MAN	FIN	MER	OSCU	SCC	HST	To
MD	2	3	3	2	3	1	3	5	4	3	2	5	2	38
D	4	4	3	3	3	5	3	2	3	4	4	2	5	45
A	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	8
B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

MAT-1

Abreviaturas:

- CS\AF - Criterio situacional\área funcional
- MD - Muy Débil
- D - Débil
- A - Aceptable
- B - Buena
- To - Total
- GER - Gerencia
- OIN - Organización, Información y Normalización
- RRHH - Recursos Humanos
- PPCS - Planificación, programación, control de los servicios
- DFA - Distribución del espacio físico y depósitos
- SUM - Suministros
- BDNS - Búsqueda y desarrollo de nuevos servicios
- MAN - Mantenimiento
- FIN - Finanzas
- MER - Mercadeo
- OSCU - Oferta de servicios y captación de usuarios
- SCC - Sistema de control de calidad
- HST - Higiene y seguridad en el trabajo

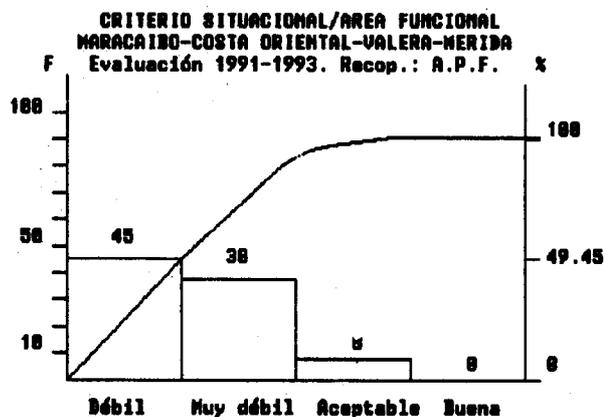
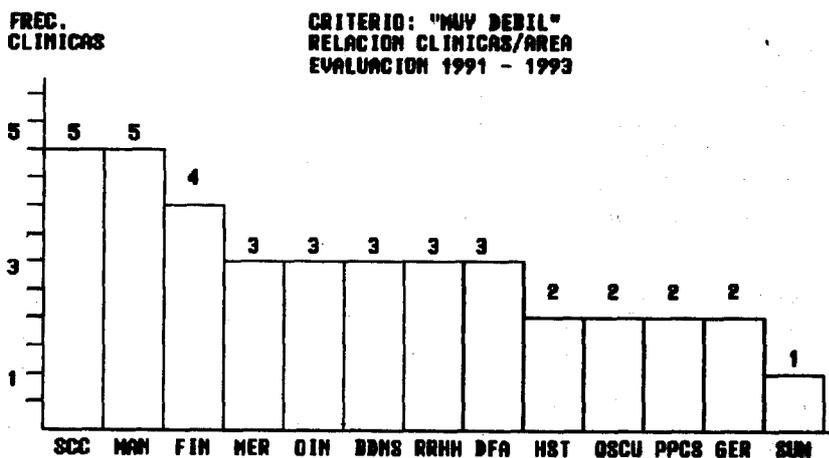


GRAFICO No. 03

La columna To (total) de la información recopilada en la matriz anterior, se representó en el gráfico N° 03, donde puede apreciarse de un total de 91 evaluaciones (7 clínicas y 13 áreas), el criterio situacional con mayor frecuencia fue "débil" alcanzando el 49.5%, seguido por "muy débil" con 41.8%. En estos dos renglones, está el 91.3% de las evaluaciones realizadas y da una idea preliminar de que existen serias dificultades en la gestión diaria y especialmente en la atención a los usuarios de los servicios.

Adicionalmente, en el gráfico N° 04 se reúnen los resultados del criterio "muy débil" reflejado en la tabla MAT-1, lo cual complementa el análisis e interpretación de lo obtenido en la investigación.



Datos: Matriz MAT-1

GRAFICO No. 04

Si se compara lo señalado en el gráfico N° 01 con lo que se presenta en estos dos últimos gráficos, se refuerza por dos vías de análisis los hallazgos detectados, especialmente en las áreas Sistema de Control de Calidad (SCC), Mantenimiento (MAN) y Finanzas (FIN), que afectaron a la mayoría de las organizaciones evaluadas.

Dentro de los objetivos del trabajo no estuvo el hacer inferencia sobre la situación del sector a nivel de la región o del país; sin embargo, el cuadro que surge de esta investigación resulta especialmente preocupante en lo referente a la respuesta que demandaban "los clientes" y no estaban recibiendo de las clínicas evaluadas, representando un indicio sobre lo que viene aconteciendo en el sector salud a nivel privado, al menos en la región occidental venezolana.

Sin embargo, lo clave del esfuerzo realizado es haber determinado las oportunidades globales de mejora (comparándolas con el deber ser) por clínica para el momento de la evaluación y establecer que la esencia de encontrar debilidades es la posibilidad de convertirlas en fortalezas, lo cual resulta determinante para el sector salud.

Dichas oportunidades de mejora ubicadas a partir de la puntuación conseguida por clínica y el valor que se debió obtener si hubiera coincidido con el modelo de referencia utilizado, se resumen de manera porcentual a continuación, en el cuadro OM-1:

CLINICA	PUNTUACION	OPORTUNIDADES DE MEJORA
MAR1	41%	59%
MAR2	30%	70%
MAR3	22%	78%
COL1	12%	88%
COL2	5%	95%
VAL1	43%	57%
MER1	35%	65%

CUADRO OM-1

CONCLUSIONES

La culminación del proyecto permitió alcanzar los objetivos propuestos en su inicio: se reajustó y adaptó la herramienta metodológica escogida para su aplicación en clínicas y se pudo determinar la situación general desde el punto de vista de calidad y productividad, de cada organización donde ésta se aplicó, señalando las áreas de gestión que presentaban situación de marcada o extrema debilidad en el conjunto de las organizaciones de la muestra, así como el perfil global resultante de la evaluación tanto general como por clínica. Esto llevó a obtener una visión de conjunto acerca de la problemática existente en los centros hospitalarios privados evaluados, encontrándose aspectos coincidentes en organizaciones con evidentes diferencias en sus niveles de complejidad, pudiendo determinarse la funcionalidad y capacidad de prestación de servicio, desde el punto de vista de calidad y productividad, que presentaron las clínicas seleccionadas frente a las necesidades de atención demandadas por los habitantes de sus respectivas zonas de influencia.

En primer lugar, la problemática detectada a nivel de las áreas "Sistema de Control de Calidad", "Mantenimiento", "Finanzas", "Mercadeo" y "Organización, Información y Normalización", sugiere que en dichas organizaciones se daba poca atención a la planificación estratégica, manejándose más bien planes de corto plazo; en lugar de gerencia participativa se encontró gerencia por crisis; en vez de descentralización, buenas comunicaciones y normativas conocidas por todo el personal, que se ajustaran de acuerdo a las necesidades de la organización y un manejo actualizado de lo tecno-administrativo, lo detectado fue centralismo, dificultades en la comunicación, desfase en la normalización de varias organizaciones, la cual no estaba por escrito en muchos casos; desajustes en lo administrativo y contable; en lugar de considerar al recurso humano como inversión clave para el éxito, se le percibía como gasto, no se le entrenaba sistemáticamente, ni se le daba la relevancia correspondiente; pero lo más delicado de todo fue percibir que al cliente externo no se le consideraba como lo que realmente es: la razón de ser de la organización. Las deficiencias detectadas en lo referente a mercadeo. En otras palabras, las clínicas evaluadas mostraban una gran fragilidad desde el punto de vista competitivo con debilidades importantes que dificultaban satisfacer a cabalidad las expectativas de sus clientes. La contradicción frente a ese panorama era la demanda apreciada en casi todas

las clínicas de la muestra, por parte de personas necesitadas de atención médica. Esto pudo deberse a la falta de una verdadera competencia entre ellas y especialmente a la situación del sistema público de salud, con el tremendo deterioro de los servicios hospitalarios que es de todos conocido (comprobable fácilmente en la mayoría de los hospitales de la región), lo cual incide en que la necesidad de ese tipo de servicios por parte de la población sea cubierta por la única alternativa disponible: las clínicas, debido a que la atención hospitalaria a nivel público no garantiza la recuperación del paciente, sumado a que también allí, ahora éste debe pagar por la mayoría de los servicios que recibe y en muchos casos llevar todo lo necesario para su tratamiento.

No obstante, a partir de lo observado en la investigación, pareciera viable lograr mejoras sustanciales a mediano plazo en todas estas organizaciones, si se consiguiera el involucramiento de la alta gerencia de cada una para lograr el cambio necesario bajo los nuevos enfoques sobre calidad y productividad. Pero se necesita también una transformación a nivel de entorno en los esquemas actuales: debe existir una normativa legal coherente referida a la problemática de la salud que en conjunto favorezca condiciones para el uso de esos servicios por parte de la población, como son la competencia entre clínicas, un sistema de seguros verdaderamente funcional que responda a las necesidades de quienes deban acudir a los servicios médico-hospitalarios privados y un cambio profundo en la atención hospitalaria a nivel público, que al menos le devuelva el importante nivel de épocas pasadas.

En síntesis, la investigación permitió lograr una visión global por clínica de las debilidades presentes que se tradujeron en oportunidades de mejora para cada una de ellas. Esta visión podría convertirse en un esfuerzo continuo de mejoramiento, si dichas organizaciones decidieran adoptar la filosofía de la calidad total, es decir poner en marcha un proceso de mejoramiento continuo que como dice H. James Harrington (1988, p. 9) es "el viaje hacia la excelencia, tratando de descubrir el reto que depara el mañana"; una nueva forma de pensar en cómo realizar todas las actividades de la organización. Lo anterior también resulta válido para los hospitales públicos, donde la búsqueda de la excelencia es igualmente prioritaria, significando esto un cambio paradigmático en la concepción que se tiene sobre servicio en la administración pública, olvidada como está de dar respuesta a las necesidades de su razón de ser: la población venezolana.

NOTAS

1 Artículo basado en el Proyecto de Investigación subvencionado por el CONDES: "Organizaciones Médico Hospitalarias Privadas. Capacidad para mejorar la calidad de los servicios en clínicas de la región occidental venezolana".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BERMUDEZ, A., LABRADOR, H. y MILLAN, L. (1991). **Organizaciones Médico Hospitalarias Privadas**. Diagnóstico sobre Productividad y Calidad en la Región Zullana aplicado al Centro Materno Infantil El Rosario. Trabajo Especial de Grado no publicado. Universidad del Zulia. Cabimas.
- BRICEÑO, L., ESCALONA, M. y FERRER, T. (1991). **Calidad y Productividad en Organizaciones Hospitalarias Privadas**. Diagnóstico sobre la capacidad para su mejoramiento en el Hospital Clínico C.A. Trabajo Especial de Grado no publicado. Universidad del Zulia. Maracaibo.
- BRICEÑO, M., CARABALLO, L. y FIGUEROA, J. (1991). **Organizaciones Médico Hospitalarias Privadas**. Diagnóstico sobre la capacidad para mejorar la Productividad y Calidad aplicado a la Clínica Materno Infantil de Ciudad Ojeda. Trabajo Especial de Grado no publicado. Universidad del Zulia. Cabimas.
- GONZALEZ, L. y MORALES, A. (1991). **Diagnóstico sobre la Capacidad para el mejoramiento de la Calidad y Productividad aplicado al Centro Médico Faraiso, C.A.** Trabajo Especial de Grado no publicado. Universidad del Zulia. Maracaibo.
- HARRINGTON, H.J. (1989). **Cómo incrementar la Calidad - Productividad en su empresa**. México: McGraw-Hill.
- HOROVITZ, J. (1990). **La Calidad del Servicio**. A la conquista del cliente. Madrid: McGraw-Hill.
- GOMEZ BRAVO, L., GUZMAN, J., PAEZ, T. (1985). **Productividad: un enfoque integral** (lo que todo gerente debe saber). Caracas: Ediciones del Instituto Nacional de Cooperación Educativa.
- MANUAL FIM. Norma Venezolana Covenin 1980-90 (revisada). (1990). "Capacidad para mejorar la Productividad". Trabajo no publicado. FIM-PRODUCTIVIDAD. Caracas.
- NORMA VENEZOLANA COVENIN 1980 (Provisional). (1980). "Capacidad para mejorar la productividad". Trabajo no publicado. Dirección General Sectorial de Tecnología del Ministerio de Fomento. Caracas.

Evaluación de Clínicas en los Estados Zulia, Trujillo y Mérida.../Pérez Frías, A.

PAEZ, Tomás. (1985). **Gerencia de Productividad y Calidad**. En los sectores públicos y de servicios. Editorial Torino S.R.L. Caracas.

RINCON, M., RODRIGUEZ, R. y VILLALOBOS, E. (1991). **Organizaciones Médico Hospitalarias Privadas**. Diagnóstico para el mejoramiento de la Calidad y Productividad. Trabajo Especial de Grado no publicado. Universidad del Zulia. Maracaibo.

SALOM GIL, R. (1985). **Manual de Organización y Operación de Hospitales**; Maracaibo: Ediciones Astro Data S.A.

_____ (1992). **Temas sobre Hospitales**; Maracaibo: Ediciones Astro Data S.A.