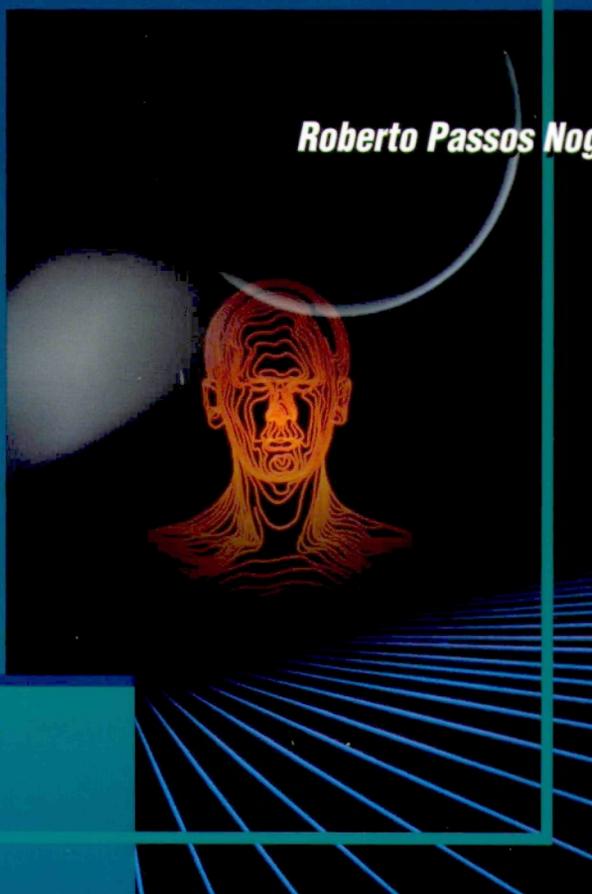


PERSPECTIVAS DE LA GESTION DE CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Serie PALTEX Salud y Sociedad 2.000 Nº4

Roberto Passos Nogueira



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana,
Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



**PERSPECTIVAS DE LA
GESTION DE CALIDAD TOTAL
EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Serie PALTEX Sociedad y Salud 2.000 N° 4

Roberto Passos Nogueira

Copyright© Organización Panamericana de la Salud 1997

ISBN 92 75 32205 8

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de ciencias de la salud de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1997

Título original:
Perspectivas da Qualidade em Saúde

El autor

Roberto Passos Nogueira es actualmente Coordinador General de Desarrollo de Recursos Humanos para el Sistema Unico de Salud del Ministerio de Salud en Brasilia.

En 1973 se graduó de médico de la Universidad Federal de Ceará y en 1977 obtuvo su maestría en Medicina Social de la Universidad Estadual de Río de Janeiro. Durante diez años fue consultor de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud en Brasilia y en Washington. Durante ese período, sus investigaciones y publicaciones estuvieron centradas particularmente en el estudio de la fuerza de trabajo en salud y en los sistemas de información en recursos humanos.

Entre 1989 y 1994 ejerció funciones de profesor e investigador visitante de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), órgano perteneciente a la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Entre 1994 y principios de 1996 fue Gerente de Calidad y Coordinador del Proyecto de Fomento de Acciones Pro-Calidad de la FIOCRUZ en Río de Janeiro. Durante ese período fue también consultor en Calidad de la Fundación Ezequiel Dias (FUNED) en Belo Horizonte y ha asesorado a diversos hospitales en este campo.

A mi mujer, **Lynn Silver**

A la memoria de mi profesor **Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues**, gracias a quien pude tener los primeros *insights* sobre el significado de una pedagogía de la problematización.

Agradecimientos

A **Lynn Silver**, cuyos estudios sobre Calidad en salud y su larga trayectoria de militancia en defensa del consumidor en salud constituyeron fuentes de constante inspiración y orientación para estos ensayos.

A los amigos con quienes desde hace mucho tiempo vengo compartiendo ideas, ideales y proyectos en el vasto campo del desarrollo de recursos humanos en salud: **Paranaguá Santana, Isabel Santos, André Médici, Sábado Girardi, María Isabel Rodríguez.**

A quienes me prestaron su apoyo personal e institucional: de la Organización Panamericana de la Salud, **José Roberto Ferreira, Francisco Campos, Eugenio Villaça, Moisés Goldbaum y Marcos Mandelli**; de la Coordinación de Recursos Humanos para el Sistema Único de Salud, Ministerio de Salud de Brasil, **Joana Azevedo.**

A **José Agenor** y los **compañeros del Grupo de Calidad de la Fundación Ezequiel Dias**, que me posibilitaron vivir importantes experiencias en este nuevo campo de ejercicio de la delicada función de consultor.

A **Dalton Mario Hamilton**, de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, por el estímulo y apoyo a lo largo del crítico período de elaboración y perfeccionamiento de estos textos.

A **Jonas Roza**, fiel escudero en la amistad y en el paciente trabajo de apoyo técnico.

A todos los amigos que contribuyeron a compartir y analizar experiencias recientes: **Julio Penaforte** (y al equipo del Hospital General de Fortaleza), **David Braga, Eliana Ribeiro, Inés Martins, Alice Branco.**

Porque el fuego material, en aplicándose al madero, lo primero que hace es comenzarle a secar, echándole la humedad fuera y haciéndole llorar el agua que en sí tiene; luego le va poniendo negro, oscuro y feo y aun de mal olor, y yéndole secando poco a poco, le va sacando a luz y echando afuera todos los accidentes feos y oscuros que tiene contrarios al fuego; y, finalmente, comenzándole a inflamar por de fuera y calentarle, viene a transformarle en sí y ponerle tan hermoso como al mismo fuego.

San Juan de la Cruz, Noche Oscura

Índice

Prefacio	xiii
Prólogo	xv
I.- INTRODUCCION A LAS CUESTIONES DE CALIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	1
Nuevas conceptualizaciones en torno a un concepto ya antiguo	1
Fases de la evolución de la calidad en las empresas	6
El control de calidad en el proceso de producción	12
Especificidades de los servicios de salud	15
II.- LIMITES DEL CIENTIFICISMO: CRITICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD	21
Deming versus Juran: Las dimensiones de lo subjetivo	21
El juicio de calidad	29
Calidad como opinión	34
Calidad y valor de uso	38
III.- LA CUESTION DE LA CALIDAD Y LAS POLITICAS PUBLICAS	45
El estado y las políticas pro-calidad	45
Calidad, liberalismo y protección al consumidor	57
La legitimación de los derechos del consumidor de servicios de salud	63
La fuerza y los riesgos del nuevo paradigma	70
IV.- TRABAJO Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	73
El concepto de servicio en el nuevo mundo de los servicios	73
La heterogeneidad de los trabajadores y de los procesos	82
La fragmentación en la prestación de servicios	90

V.- LOS MEDICOS Y LAS GESTION DE CALIDAD EN SALUD	93
Calidad en salud - comparando dos revoluciones	93
Etica y normatividad médica	104
Normatividad suplementar y calidad de los servicios de salud	108
VI.- PATRON Y DESVIO EN LA PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD	119
La medicina y el concepto de patrón en la filosofía clásica	119
Variabilidad y normatividad en la producción de bienes y servicios	127
Variabilidad y patronización en los servicios de salud	130
VII.- LA PEDAGOGIA PROBLEMATIZADORA EN LA GESTION DE CALIDAD	139
Principios y referencias filosóficas de la educación para la calidad	139
¿Por dónde comenzar?	146
El entrenamiento propedéutico para la calidad	150

Prefacio

Pensando en el futuro, el Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX), de la Organización Panamericana de la Salud, ha decidido iniciar esta Serie. Sobre todo, pensando en el futuro y en la vida, más que en las enfermedades y en la muerte, para darle más voz a otras voces de la sociedad, no necesariamente médicas. Porque ellas también tienen mucho que decir sobre los temas que unen la vida cotidiana de los individuos y de las colectividades con las preocupaciones y requerimiento para que la salud sea una forma más feliz y más justa de vivir para todos y no solo para unos pocos. Por eso nos referimos al próximo siglo, a cuyas puertas ya nos encontramos y al binomio salud-sociedad, territorio en donde casi todo está aún por descubrirse, y esta *Serie* quiere sumarse a las tentativas de explorarlo.

Pensando en el futuro, pero tratando de responder al presente, en especial a la necesidad urgente de disponer de herramientas conceptuales adecuadas para entender y actuar mejor en estos campos, en donde se requieren, pero no bastan, ni la lógica matemática ni las fórmulas convencionales. Por eso la *Serie* seleccionará cuidadosamente los temas y buscará que cada uno responda a problemas de interés real para tratarlos con la mayor profundidad teórica y, al mismo tiempo, intentará suministrar elementos concretos para la investigación y la acción.

La *Serie Salud y Sociedad 2.000* se propone también ampliar el espectro de usuarios y lectores. Se quiere que estos temas interesen más a los estudiantes de pre y post-grado de enfermería, bioanálisis, odontología, veterinaria, ingeniería sanitaria y medicina; pero también, que lleguen a estudiantes y profesionales de derecho, sociología, historia, economía y política. Asimismo, que sean útiles al promotor de salud, al maestro de escuela, al funcionario del servicio de salud, al promotor de saneamiento y al ciudadano común y corriente para quien la salud no es una metafísica, sino un derecho y deber elementales. También, esta *Serie* desea ser un instrumento útil en la defensa de este derecho y en la ilustración de este deber.

La Organización Panamericana de la Salud desea reafirmar con esta *Serie* su compromiso de buscar diferentes respuestas y caminos hacia la meta invariable de mejorar substancialmente y en el menor tiempo posible las condiciones de vida y de salud de la población del Continente. Asimismo, desea lanzar una nueva invitación a la producción intelectual de avanzada en el campo de la salud y a su concreción en respuestas posibles e instrumentos eficaces para la acción sanitaria.

El Programa Ampliado cuenta con el financiamiento de un préstamo de \$5.000.000 otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana para la Salud y Educación (PAHEF). La OPS ha aportado un fondo adicional de \$1.500.000 para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del PALTEX a la oficina coordinadora del programa de Desarrollo de Recursos Humanos que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

Prólogo

La calidad de los bienes y servicios constituye una de las numerosas cuestiones de relevancia social frente a las cuales se evidencia el fracaso de la visión científicista en el mundo contemporáneo. En nuestra opinión, el abordaje científicista de la gestión de calidad estrecha esa temática, castra la imaginación y estrangula la creatividad necesaria para trabajarla en el día a día. La calidad, como objeto de indagación y acción entrelazado íntimamente con la mundanidad del mercado y de los negocios debería ser, por el contrario, una oportunidad más de reafirmar el ímpetu creciente de una razón que no se deja enteramente pacificar y desarmar por la ciencia, de una razón que afirma profundamente sus raíces en valores humanos, que se quiere múltiple en todos sus aspectos, inclusive en cuanto a las teorías e interpretaciones que fundamentan su racionalidad. En fin, de una razón que genera una visión de mundo más compleja, fragmentaria e inquietante que aquella que heredamos del modernismo.

El científicismo encuentra aquí una clara demostración de que su largo reinado en cuestiones intelectuales va cediendo espacios, en el mundo llamado posmoderno, a otras formas de poder y de racionalidad. Pero las manifestaciones sutiles del científicismo no siempre son percibidas cuando se analiza, por ejemplo, la obra de Juran en comparación con la de Deming. Juran cree que la calidad es un atributo objetivamente definible y susceptible de un encuadramiento por las reglas de un sistema científico, de una planificación estratégica que se haga presente desde el momento inicial de la concepción del producto. Deming parece repetir, al contrario, que no existe una ciencia de la calidad, apenas un arte imperfecto y provisorio de aproximarse pedagógicamente a sus fundamentos. Enfrentar uno al otro, evocar el contraste de ambos, no significa que estemos llevados a hacer una opción definitiva por el arte y por la imaginación, dejando de lado las potencialidades del método científico. De ninguna manera, ya que esto sería, además, una injusticia con Deming, quien es también un creyente en las virtudes de la ciencia y, particularmente, de **su ciencia**, la estadística. Significa

apenas que preferimos la ciencia puesta **al lado de** en vez de **encima de**: al lado de muchas otras cosas y no encima de todas las cosas.

Paradójicamente, es por recurso a otro racionalismo, el de los clásicos, que buscamos abrir espacios mayores, más saludables -saludables como la propia vida- para esa temática. Son dignas de contemplación las columnas sobre las cuales se erige el clasicismo atemporal que viene de Aristóteles (dialogando con Platón) y Marx (dialogando con Hegel). Es imposible hablar de calidad, con cualquier trascendencia filosófica, es imposible realizar un análisis social de esa temática, sin recolocar en escena a esos protagonistas de la antigüedad y de la modernidad del pensamiento, sin reflejarnos de cuerpo entero en el espejo de esos clásicos. Sin embargo, actualmente, podemos sólo recuperarlos apenas de forma parcial y hasta poco fiel, sobre todo, a su estilo de pensar el mundo. Para recuperarlos de forma integral, tendríamos que armonizarlos en un modelo que siguiese las reglas clásicas de la razón, lo que significaría renunciar a la combinación singular de ingredientes ambiguos y mezclados que marcan nuestra contemporaneidad.

Es a partir de esos presupuestos que nos fue posible identificar en Deming un esfuerzo por construir una praxis muy especial, una pedagogía dedicada al constante cuestionamiento de la teoría y de lo real, como parte del trabajo analítico y de consultoría sobre calidad. Es en él que fuimos a buscar inspiración para un cierto escepticismo crítico, que no toma a la ligera la propuesta de la gestión de calidad total, ni su multiplicidad de encarnaciones o estilos en las empresas modernas. Comprendemos que la mejor manera de contribuir a esa línea, a través de los presentes ensayos, sería no segregar cada uno de los planos en que se debería mover nuestro enfoque. Por eso decidimos combinar tales planos continuamente: el analítico y el proposicional; el conceptual y el descriptivo; el histórico y el contemporáneo, el mundial y el nacional; la producción general y el campo de la salud; el filosófico, el psicológico, el ético y el económico.

Todos esos planos fueron combinados, mas su presencia y sus proporciones no son constantes en el transcurso de los ensayos. Y de esto resulta que los ensayos parecen desiguales en

el todo y en las partes que componen a cada uno. Esto corresponde precisamente a la manera en que deseamos aprehender tal objeto multifacético, la calidad. Los ensayos, asumiendo su diversidad como principio, no pretenden rever/resolver las cuestiones en una indagación intelectual que va de lo general a lo particular (o inversamente), de lo histórico a lo contemporáneo y de así en más, como mucho aprecia cierto tipo de academia, ya pasada. Ellos buscan tan sólo problematizar el pensamiento y la acción delante del tema de la calidad y de sus minucias, considerados en la perspectiva de los servicios de salud, y lo hacen con la misma inquietud y el mismo desaliño que están presentes actualmente en nuestra ética perpleja y en nuestra racionalidad profundamente afectiva. Pero, al proceder así, creemos que seremos mejor entendidos, porque son estas, en el fondo y al final, formas de sensibilidad y de razón compartidas por prácticamente todos los habitantes de nuestra contemporaneidad.

I

Introducción a las cuestiones de calidad en la perspectiva de los servicios de salud *

NUEVAS CONCEPTUALIZACIONES EN TORNO A UN CONCEPTO YA ANTIGUO

Parece no haber dudas sobre a qué están refiriéndose las personas cuando utilizan el término calidad en su lenguaje cotidiano. Por ejemplo, cuando se dice: "este papel es de (alta) calidad". No obstante, cuando pedimos a aquellos que suelen valorar el criterio de calidad en el consumo, que definan más exactamente lo que quiere decir este término, seguramente veremos que esas personas se mostrarán desconcertadas.

¿Será la calidad definible por un juicio, tal como **ausencia de defectos**? ¿O por características objetivas, independientemente de los individuos, como conjunto de las propiedades sensibles y mensurables de un producto? ¿O aún, desde una perspectiva más subjetiva, a través de una relación social y técnica de consumo, como adecuación de las propiedades de un bien o servicio a las necesidades de su usuario?

Los autores y las normas internacionales remiten, alternativamente, a una u otra de esas tres interpretaciones, las cuales no dejan de ser conflictivas entre sí. Por lo tanto, no es nada sor-

* Este ensayo se basa parcialmente en el texto "Conceptos y principios para Programas de Gestión de la Calidad en Servicios de Salud", preparado por solicitud de la Organización Panamericana de la Salud- Brasilia.

pendiente que el consumidor tenga dificultades en definir el concepto con mayor precisión.

Tanto autores como lectores de la creciente literatura sobre el tema parecen más o menos satisfechos al apelar a aquella noción intuitivamente fácil, calidad, que el consumismo moderno consagró como referencia para apreciar la conveniencia de los productos. Pero, a pesar de ser tan utilizada por el sentido común, la noción de calidad de un producto continúa siendo algo vaga y polémica.

Gestión de Calidad Total, Control de Calidad Total (CCT), Liderazgo de Calidad, Administración de Calidad, son palabras que se utilizan, con o sin las respetables mayúsculas, en cualquier latitud que hayan sido pensadas, inclusive entre nuestros antípodas quienes desplegaron su singular milagro industrial de posguerra a través de la CCT. Estas expresiones tienen en común el conservar, por un lado, a la "calidad" como constante, y por el otro, algún término que connote o denote las funciones de una organización. Sin embargo, el mayor consenso en la discusión sobre el significado de calidad surge justamente cuando es discutida desde ese otro punto de vista, es decir, no cuando es observada en el propio producto, sino cuando es considerada en relación a los objetivos y características de las organizaciones y del proceso de producción. De este modo, la idea de calidad tiene que ser reconjugada con alguna referencia al ámbito organizacional a través de los términos de "gestión", "control" y otros similares. En el transcurso de los próximos capítulos consideraremos todas las expresiones mencionadas como intercambiables y las emplearemos alternadamente, sin predilección por ninguna de ellas.

Tal vez, entre las modernas corrientes del pensamiento gerencial, la calidad puede ser traducida por tres elementos que, a pesar de ser subjetivos, se manifiestan a través de un modo objetivamente diferente de producir las cosas:

- ⇒ la preocupación en crear y mantener conciencia sobre las propiedades de los productos (bienes y servicios) que están siendo generados, disminuyendo su variabilidad al ser adoptados determinados patrones o especificaciones técnicas;
- ⇒ la preocupación en satisfacer demandas explícitas y necesidades no declaradas pero previsibles de los consumidores;

- ⇒ la presencia de ese tipo de orientación en la totalidad de la organización, involucrando a la gerencia, a los técnicos y a los trabajadores.

Entendiéndola de esta manera, la calidad se transforma en filosofía de gerencia, una actitud respecto a la producción, que puede ser mejor apprehendida cuando se examina la forma en que se relacionan los polos producción-consumo; ellos entran dentro de un círculo donde la producción parte de una consideración minuciosa de las características del proceso de consumo y de auscultar cuidadosamente las opiniones y sugerencias de los consumidores.

No obstante, es preciso preguntarse si no existe aquí cierto grado de redundancia, puesto que todo tipo de producción es realizada siempre buscando atender a las necesidades humanas a través de la modificación de las materias y del uso del trabajo. ¿Acaso no se esperó siempre de industrias y servicios que tuvieran la capacidad de suministrar productos útiles al bienestar y de mantener los innumerables hábitos humanos, con sus necesidades específicas?

Si es eso lo que se espera podemos entonces responder, acompañando el pensamiento de Edwards Deming, que el funcionamiento real de la producción enfrenta, a cada paso, obstáculos creados por viejos vicios y deficiencias emergentes. Ellos son: la búsqueda del lucro a corto plazo, la burocratización y la alienación del trabajo, la inadecuación tecnológica de los medios de producción, la falta de capacitación de la fuerza de trabajo, etc. Estos y otros vicios y deficiencias (a los que Deming llama "enfermedades") dificultan y bloquean el ajuste de la producción al mundo del consumo.

La rígida división técnica del trabajo heredada del taylorismo, establece enormes obstáculos al alcance de los propósitos de calidad, porque:

- ⇒ la planificación está distanciada de la producción -las nuevas ideas emanan directamente de los planificadores, que no entienden la dinámica de la producción y no acostumbran auscultar a los clientes;
- ⇒ los trabajadores realizan tareas parciales y fragmentadas y no tienen una imagen completa del producto final o de la finalidad del servicio en su conjunto, por lo tanto, no tienen cómo enorgullecerse de lo que hacen;

- ⇒ la supervisión vertical disemina la neurosis de las cuotas de producción por equipo e infunde el miedo de errar y de opinar;
- ⇒ los trabajadores en su conjunto no están estimulados a participar y a enorgullecerse de lo que hacen.

Por tales motivos, el abordaje que Deming efectúa sobre el tema de calidad, se afirma sobre dos pilares esenciales: el papel del consumidor como evaluador de la calidad y la problematización pedagógica de su significado.

“El consumidor es el eslabón más importante de la línea de producción. La calidad debe apuntar a las necesidades del consumidor, tanto actuales como futuras”.

El segundo pilar consiste en la problematización pedagógica del significado de calidad. Deming orienta su definición de calidad por un relativismo de indiscutible efecto pedagógico. Suele remitir esa cuestión a una serie de indagaciones que estimulan la capacidad de reflexión de las personas, más que a un debate filosófico:

¿Qué es calidad? ¿Qué significa, por ejemplo, la calidad de un calzado? Supongamos que sea un calzado masculino que está siendo investigado. ¿Será que calidad significa que dure mucho? ¿Qué puede ser bien lustrado? ¿Qué sea confortable? ¿Qué sea a prueba de agua? ¿Qué el precio está de acuerdo con lo que es considerado calidad? En otras palabras, ¿Cuáles características de calidad son importantes para el cliente? ¿Cómo podría definirse la calidad de un calzado femenino? ¿Cuál es el principal defecto de un calzado? ¿Un clavo en la plantilla? ¿Un taco que se despega en poco tiempo? ¿Manchas? ¿Cuáles son la cualidades que provocan insatisfacción en los clientes? ¿Cómo sabe usted?”.

De la lectura del clásico libro de Deming puede inferirse que, desde su punto de vista, lo más importante no es llegar a contar con una completa teoría de la calidad, sino introducir en las empresas esa forma de discusión que abarca todos los

¹ Deming, Edwards W. *Qualidade: a revolução da administração*, Editora Marques Saraiva, Río de Janeiro, 1990, p.4

² Idem, p. 127

aspectos relacionados directa o indirectamente con las características objetivas de los productos, los cuales determinan el grado de satisfacción de los clientes.

“Cómo sabe usted que eso otorga calidad al producto?”.

Si esta pregunta fuera planteada a los gerentes, técnicos y trabajadores se iniciaría el recorrido al camino que conduce a la calidad. Los objetivos de largo plazo son: ajustar las propiedades del producto a aquello que es efectivamente demandado por el consumidor; eliminar la variación que hace que un ítem de un producto sea distinto de otro; eliminar fallas y diferencias del producto en sus características materiales, o los malentendidos en el relacionamiento con las personas a través del servicio; crear entre todos un espíritu de grupo con un rasgo común: el orgullo por lo que se hace.

Generar un espíritu de cuerpo en la producción en serie sería ir a contramano de la Historia. Es como tratar de reponer los elementos psicológicos sustraídos de los trabajadores por el capitalismo, al promover la sustitución de la producción artesanal por el método fabril y la organización taylorista del trabajo³. Esta idea retoma, de cierto modo, el sentido psicológico de la discusión del trabajo alienado, pero yendo más allá de la denuncia: propone un método o filosofía de gestión que afirma que el producto pierde aquel carácter de externalidad indiferente, de “fetiche” frente al trabajador.

Deming y los demás gurúes de la calidad basan sus argumentos en que la nueva forma de administrar empresas se orienta decisivamente hacia el aumento de la productividad y el margen de lucro, aunque esto sólo pueda suceder en una perspectiva de largo plazo. De este modo, a una mayor calidad corresponderá, necesariamente, una mayor capacidad para mantenerse en el mercado, captando progresivamente a los potenciales consumidores. Las experiencias en las industrias japonesas y americanas demuestran que cuando se implanta un

³ Una obra de consulta obligatoria para el análisis del taylorismo y la llamada gerencia científica es Braverman, H. *Trabalho e Capital Monopolista, A degradação do Trabalho no Século XX*, Zahar, Rio de Janeiro, 1977. Ver también el ensayo de GORZ, A. “Técnicos, especialistas y Luchas de Clase”, en: La División Capitalista del Trabajo. *Cuadernos de Pasado y Presente*, Córdoba, 1974.

amplio y audaz programa de calidad se libera un inédito potencial de trabajo y creatividad en las personas. Se registra mayor entusiasmo por la tareas realizadas, inclusive en las más repetitivas. En síntesis, se verifica un gran incremento de la motivación para el trabajo, cuyo efecto colateral es un aumento de la productividad. Este conjunto de factores asegurará, transcurrido cierto tiempo, la elevación de los lucros, siempre y cuando la empresa sea capaz de mantenerse en sus propósitos dentro del programa de calidad.

FASES DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS

La historia de los emprendimientos y esfuerzos realizados por los sectores industriales y de servicios en esta última mitad del siglo, permite identificar cuatro fases de realización de los objetivos de la calidad. Aunque, con fines didácticos, los mismos puedan ser considerados como sucesivos, en realidad se dan simultáneamente y, en muchos ramos de la actividad económica, no se consigue diferenciarlos. Una breve revisión de estas fases puede ayudar a comprender cómo se plantean hoy las alternativas de participación y dirección del Estado en las cuestiones de calidad de la producción de bienes y servicios, tanto en el área de la iniciativa privada como en el seno de la propia administración pública⁴.

Fase 1 - La calidad presupuesta como excelencia de los agentes

Corresponde a una fase de la producción en la que la referencia al grado de capacitación científica y tecnológica de los agentes, concomitantemente con procesos informales de evaluación por los pares, resulta suficiente para definir la calidad de los bienes y servicios producidos. Un elevado nivel de capacitación o de reputación de los agentes confiere al sello de calidad. Esta idea es generalmente equivalente a la de excelencia y

⁴ Algunas de las ideas para esta revisión tienen por base Teboul, J. *Gerenciando la dinámica de calidad*, Qualitymark, Río de Janeiro, 1982, pp. 13 ss.

expresa tanto una presunción de calidad intrínseca, como un reconocimiento de mérito realizado por la comunidad de productores involucrados en actividades similares. Se trata, por lo tanto, del resultado de una evaluación más o menos informal entre pares o miembros de una corporación.

Los manuales de gerencia de calidad, en general, omiten esta etapa, pero no hay dudas de que esta es la forma común de evaluación de calidad en numerosas áreas de producción de servicios, inclusive entre escuelas, unidades de producción científico-tecnológicas y hospitales. Por ejemplo, en un hospital, la formación diferenciada de los médicos y de otros recursos humanos, paralelamente con el nivel de actualización de la infraestructura tecnológica, es lo que corresponde frecuentemente al juicio dominante de calidad. La calidad, en este caso, es supuesta como atributo de los agentes y de los medios con los que ellos trabajan.

Fase 2 - El control departamental de la calidad

En determinado momento de su evolución, las empresas son llevadas a instituir un control interno de los productos, como tarea indicada a un órgano o departamento específico. El control de la calidad se convierte en atribución de un grupo de especialistas que actúa con posterioridad al proceso de producción, a través de la inspección y, en general, a través de mecanismos de muestreo. Esta fase requiere el establecimiento de criterios o normas estrictas de calidad, para enjuiciar las variaciones en las características de los productos. La expectativa de cumplimiento de los requisitos de calidad depende del trabajo de determinados individuos; estos mantienen la vigilancia para que los productos que salen de la línea de producción correspondan a las especificaciones técnicas adoptadas por la empresa. Generalmente, los lotes que presentan un número excedente de fallas son eliminados o reprocesados. Por lo tanto, en esta fase, el control de la calidad aparece como función especializada dentro de la división técnica del trabajo. Una función de esa naturaleza sólo se justifica, evidentemente, cuando existe una producción en masa y los métodos estadísticos de control pueden seguir las leyes del azar. Surgen así conceptos estrictamente técnicos como los de conformidad y confiabilidad, por la preocupación en

demarcar características objetivas y previsibles de los productos, pero aún así, el centro de la atención es más el producto que el cliente.

Es en esta fase en la que se encuentra la mayor parte de la producción industrial en Brasil, y aún así, no son pocas las dificultades enfrentadas para seguir el método con el necesario rigor. En el área de salud, la producción de insumos diversos (medicamentos, sueros, equipos) se somete, en mayor o menor grado, a ese control interno de calidad.

Fase 3 - La garantía de calidad

La garantía de calidad representa un avance en relación al control, pero le falta colocar la preocupación en la detección preventiva de fallas o defectos de los productos. La garantía de calidad actúa desde el momento del *design* o planeamiento, haciendo que un conjunto complejo de requerimientos sea atendido en las varias etapas por las que pasa el producto, lo que prevendrá la ocurrencia de las causas de variación en la calidad del mismo. Las normas de calidad son establecidas por un departamento especializado, el departamento de garantía de calidad, pero se caracterizan por ser traspasadas al conjunto de la empresa. Este departamento asume una tarea ardua y bastante centralizada, que es la de coordinar toda la direccionalidad técnica y administrativa del proceso de calidad. El objetivo principal en el empleo de este método de gestión de calidad, es reducir los grandes costos resultantes de la detección a *posteriori* de la mala calidad.

En los servicios de salud, el concepto de garantía de calidad tiene connotaciones un poco diferentes de aquellas asociadas a las actividades industriales. Se refiere a la elaboración de estrategias, tanto para la evaluación de calidad como para la implementación de normas y patrones de conducta clínica a través de programas locales o nacionales. Existen dos marcadas diferencias en esta conceptualización en comparación con el área industrial: por un lado, el concepto de garantía de calidad está exento del sentido de racionalidad departamental, y por otro lado, el objeto del control de calidad es esencialmente el conjunto de las actividades clínicas en su alcance o eficacia. La garantía de calidad en salud constituye actualmente una especialidad

médica, principalmente en los Estados Unidos, donde existen entidades que congregan profesionales en esa área.

Fase 4 - La gestión o control de calidad total (CCT)

La transición para esta fase superior se da a través de un doble movimiento de difusión de responsabilidades por la calidad para el conjunto de los dirigentes y trabajadores de la unidad, simultáneamente con la adopción de métodos participativos que permitan, a los distintos departamentos o sectores organizacionales, tanto planificar, acompañar y corregir los rumbos de las acciones pro-calidad, así como solucionar los problemas asociados con el mal desempeño y la baja productividad. Desde el punto de vista del ejercicio de las funciones internas de poder, lo que marca la superioridad de esta etapa es el hecho de que la alta dirección de la unidad adquiere así la tarea de desplegar una fuerte movilización interna de recursos (humanos y materiales) que pasan a ser concentrados en el objetivo de obtener un giro en favor de la calidad, tanto en la cultura institucional como en los métodos concretos de trabajo. La calidad, consecuentemente, pasa a ser controlada sistemáticamente por el conjunto de la empresa y, por lo tanto, deja de ser solamente una atribución de los especialistas y las áreas departamentales. De ahí emerge, como tarea colectiva, una orientación al perfeccionamiento continuo de los productos y al aumento de la satisfacción de la clientela.

Se usa el adjetivo **total** para expresar que el control o gestión de calidad se extiende a la totalidad de la empresa (*company-wide*, como prefieren los japoneses) y no porque, en una mala lectura de la expresión traducida exista un concepto subyacente de **calidad total**. Armand Feigenbaum fue quien primero usó, en 1961, la expresión Total Quality Control, a la cual concibió como:

“Un sistema eficiente para la integración del desarrollo de la calidad, de la mantención de la calidad y de los esfuerzos por mejorar la calidad de los diversos grupos de una organización, para permitir la producción y servicios en los niveles más económicos, que tomen en cuenta la satisfacción total del consumidor”⁵.

⁵ Citado en Ishikawa.K. *Controle de Qualidade Total à Maneira Japonesa*, Campus Ed, Rio de Janeiro, 1993, Pp 93-94

La fase más prominente entre esas iniciativas, en lo que se refiere a los recursos humanos, es no sólo un gran énfasis en los aspectos de la educación continua del personal de línea como incentivo a la formación de equipos o círculos de calidad, que analicen y propongan soluciones para ciertos procesos de trabajo bien definidos; un requisito importante es que el equipo de calidad se capacite en términos de conocimiento de estadística para monitorar la producción y sus variaciones en condiciones diversas. Los propios dirigentes, de distintos niveles, deben pasar por una capacitación referente a los conceptos y objetivos de calidad, para evitar que su adhesión al proceso sea solamente formal y, por lo tanto, ineficaz. Un proyecto de esta naturaleza es favorecido en su desarrollo por la cooperación de consultores con experiencia, por el desarrollo de liderazgos internos fuertes y por la contribución de individuos con habilidades para proponer caminos inéditos y creativos.

Los japoneses consideran que en la etapa superior del CCT, el concepto de garantía de calidad es aumentado para abarcar las relaciones de confianza entre productor y consumidor, implicando una especie de contrato que puede ser más o menos formalizado. La garantía de calidad, conforme con Ishikawa, es el alma del CCT y significa que el consumidor, al comprar un producto, puede confiar en que va a usarlo con satisfacción por un largo tiempo⁶.

Puede afirmarse que el advenimiento del estilo de gestión de calidad total marca también un nuevo momento del desarrollo de las fuerzas productivas en escala planetaria. Esto implica una utilización más humana de la ciencia que la permitida por los métodos tayloristas, los cuales promovieron activamente la separación, en términos sociales y técnicos, entre las funciones intelectuales de planificación y las funciones operacionales de la producción directa. Las relaciones en la interfase producción - comercialización-consumo cambian también radicalmente y hacen desaparecer las contraposiciones entre los conceptos económicos tradicionales como los de mercancía y servicio. Así, un producto al que se le aplica la garantía de calidad envuelve tanto la materialidad típica de un bien como la relación inmediata de

⁶ Ishikawa, K.. *Op. cit.*, P. 77

uso del trabajo vivo que caracteriza un servicio. Dentro de la "garantía", el servicio de manutención o asistencia técnica es una extensión de la utilidad del bien y tiene un precio calculado en conjunto. A su vez, la relación contractual de la garantía de calidad proyecta las relaciones económicas en un plano que es igualmente jurídico, implicando deberes por parte del proveedor, que pueden ser reclamados por el consumidor en instancias jurídicas competentes. El respaldo de las relaciones económicas de compra y venta por relaciones jurídicas de garantía de calidad coincide con la generalización de los derechos del consumidor en la sociedad.

El sector económico tradicional de "servicios" puede beneficiarse mucho con la aplicación de los métodos de CCT. Los japoneses, a partir de las finalidades dadas inicialmente al control estadístico de procesos (CEP), interpretaron que el CCT era un desarrollo específico para la producción industrial, pero vinieron a aprender de los americanos que el método era susceptible de ser empleado con éxito en muchos otros ramos de los negocios, en bancos, empresas de seguro y de servicios generales, hospitales, etc. Y en esta década del 90, son iniciadas las experiencias de CCT en los servicios de la administración pública, dejando atrás otro prejuicio, el de que se necesitaría tener como referencia a las relaciones competitivas de mercado.

Los conceptos que se utilizan hoy en CCT son aquellos que unifican, con fines analíticos, las funciones de la industria y del sector de servicios: a) el valor de uso final es **el producto**, b) las diversas actividades técnicas y administrativas necesarias para dar origen a los productos son **los procesos**. Es básico, dentro de la metodología del CCT, aprender cómo los procesos parciales se articulan entre clientes internos para producir algo capaz de satisfacer al cliente externo o, mejor aún, de superar sus expectativas. Por detrás de estos dos conceptos, producto y proceso, hay realidades bien conocidas que durante siglos fueron objeto de reflexión constante para filósofos y economistas: las necesidades del hombre y su trabajo en la sociedad.

EL CONTROL DE CALIDAD EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN

Una de las ventajas y novedades de la moderna teoría de gestión de calidad, si se la compara con otros métodos gerenciales, es la de colocar en primer plano los componentes puramente subjetivos del proceso de consumo que consagran a los productos como portadores de ese atributo especial, la calidad. Incluso para autores científicistas como Juran, la satisfacción del cliente es definida como la meta principal del desarrollo de un plan de calidad⁷.

La ciencia y las tecnologías, por lo tanto, deben estar presentes colaborando en el alcance de la meta de calidad, pero no pueden considerarse jurados absolutos de ese proceso. Es posible imaginar una situación en la que haya satisfacción del consumidor sin una correspondencia en términos de las características científicamente definidas respecto a la calidad de un producto. Pero no se puede decir que un producto sea de calidad si, contrariando a la evaluación de los técnicos, el mismo decepciona a los consumidores.

El compromiso con la subjetividad del mundo del consumo (que es un mundo siempre práctico pero nunca severamente "racional" en sus opciones) es uno de los puntos en que la gestión de calidad se diferencia de lo que es su raíz histórica y metodológica: los procesos industriales o agrícolas de control estadístico de la producción, en la forma en que fueron desarrollados por Shewhart y otros autores en las primeras décadas de este siglo. La gestión de calidad abarca esos métodos, pero no se reduce a ellos. Es que todo ese instrumental estadístico debe estar subordinado a una filosofía de obtención gradual y estratégica de calidad.

Un concepto central en el método de control estadístico de la producción es el concepto de variación. En cualquier proceso de producción, las características de los productos varían cuando se las acompaña a través del tiempo, o cuando se comparan ítemes de una muestra. Existe una constante variabilidad en todo proceso de producción, así como hay en la naturaleza, de donde se retiran muchos de los materiales para

⁷ Ver Juran, JM.. *A Qualidade desde o Projeto, Novos Passos para o Planejamento da Qualidade em Produtos e Serviços*, Editora Pioneira, San Pablo, 1992, P. 73 ss.

ser transformados por el hombre. El diámetro de cada ejemplar de un caño, por ejemplo, puede variar por fracciones de milímetros entre las distintas piezas de una muestra. Esta variación muchas veces no tiene consecuencias serias para un determinado tipo de uso; por ejemplo, las piezas, a pesar de esa pequeña variación, encajan entre sí. Los problemas derivados de la variación surgen cuando:

- ⇒ extrapola determinados límites y perjudica el uso apropiado del producto y, por lo tanto, genera insatisfacción en los consumidores;
- ⇒ se torna demasiado amplia para cumplir con requisitos resultantes de nuevos usos del producto.

Deming clasifica las variaciones en dos tipos, común y especial. Las primeras son las más frecuentes por resultar de las variaciones aleatorias del proceso de producción o de diferencias de precisión en la medición de las características del producto. Frecuentemente, las causas comunes emergen de la propia naturaleza del sistema adoptado, siendo responsabilidad de la gerencia cambiar o perfeccionar los métodos de producción en vez de culpar a los trabajadores.

Otras variaciones son las denominadas especiales, porque introducen una perturbación relevante en el proceso y sus causas pueden ser detectadas y evitadas por los agentes directamente comprometidos en la producción.

La representación dinámica de ese proceso de mensuración de las variaciones se hace a través de cartas de control de producción⁸. En esas cartas se proyecta la variación de los resultados del proceso de producción como referencia al número de unidades defectuosas o fuera de las especificaciones producidas a lo largo de un período de tiempo. En el tipo de carta de medida se grafican los valores medios de las muestras en relación a los promedios de las medidas y a los límites de control (superior e inferior) definidos de acuerdo con las proporciones de unidades defectuosas presentes en la muestra. La aparición de valores situados fuera de los límites de control es indicativa de la

⁸Ver Paranthaman, D. *Controle da Qualidade*, McGraw Hill, San Pablo, 1990, pp 118 ss.

interferencia de causas especiales, las que pueden ser evitadas a través de un escrutinio de las tareas.

Lo que se desea con el proceso estadístico de la calidad es remover gradualmente las causas de las variaciones especiales y permitir que predomine la dinámica aleatoria inherente al proceso, generando solamente variaciones comunes, cuyos valores estarán en las fajas entre la media y los límites de control. Cuando se alcanza esta etapa se dice que el proceso está sobre control estadístico. ¿Qué es lo que se hace enseguida? Deming afirma que "...el paso siguiente es mejorar el proceso en un esfuerzo interminable".

El estado de control estadístico no garantiza la calidad del producto; informa apenas que los límites de variación son previsibles y que el sistema, por lo tanto, se estabilizó y puede ser objeto de un planeamiento para disminuir todavía más la amplitud de variación (lo que depende de los trabajadores) o para mejorarlo o, eventualmente, sustituirlo por un sistema de mayor capacidad (lo que depende de la gerencia).

La gerencia tradicional fija el patrón de variación admisible y, enseguida, exhorta o coacciona a los trabajadores a alcanzarlo por medio de la inspección sistemática. Este procedimiento es considerado contraproducente, en la doctrina de Deming. Los datos estadísticos de la producción, en comparación con las especificaciones técnicas, no debe ser usado para responsabilizar al personal de línea por las fallas y deficiencias. Deben funcionar, antes que nada, como un instrumento para auxiliar en el proceso educativo de todos, esto es, de los trabajadores, de los técnicos y de la gerencia.

Si hay algo aparentemente errado en la producción, que apunta para un gran número de productos (o servicios) fuera de las especificaciones usuales, se debería instituir un proceso gradual de control en el que:

- ⇒ se diseñe inicialmente una carta de control de la producción para un período suficientemente largo;
- ⇒ se estudien las variaciones y sus causas atribuibles, buscando reducir las causas especiales;
- ⇒ se obtengan las condiciones de estabilidad estadística del sistema;
- ⇒ se instituya el proceso de perfeccionamiento continuo.

Con todo esto se anhela despertar en el equipo la conciencia acerca de lo que está sucediendo en la producción, eliminar paso a paso los obstáculos y conferir un sentido de autoevaluación, con base en resultados visibles y comparables.

La gestión de calidad proviene de la eliminación de las especificaciones *a priori* y de la vigilancia inhibitoria de inspectores, apareciendo en su lugar la transparencia de los resultados de la producción y de las responsabilidades compartidas entre trabajadores y gerencia. En estas condiciones, se puede comenzar a trabajar en una línea de desenvolvimiento estratégico para la organización.

Así, una conclusión importante es que el objetivo de la gerencia no puede ser el de eliminar totalmente las variaciones y los defectos, sino el de obtener sistemas cuyo grado de variabilidad no tornen inviable el planeamiento a largo plazo que se hace necesario en la ruta de la calidad.

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es previsible que a esta altura de la discusión, las personas comenzarán a cuestionar: "todo esto está bien para las industrias y ciertos tipos de servicios, pero en salud las cosas son diferentes". Cuestiones de varios órdenes e inspiradas en diversas disciplinas —economía, clínica, administración— pueden aparecer, poniendo en duda que los principios de los programas de calidad puedan ser aplicados aquí literalmente, debido a las especificaciones de salud.

Algunas de esas especificaciones comúnmente mencionadas son las siguientes:

- ⇒ una buena parte de las empresas de servicios de salud y hospitales no es motivada por la búsqueda de lucro, ni a corto ni a largo plazo; por otro lado, el mercado de servicios de salud funciona con un nivel relativamente reducido de competitividad; por lo tanto, uno de los principales instrumentos para poner en marcha y sustentar los programas de calidad está ausente en esa área;

- ⇒ la variabilidad de los productos o servicios ofrecidos en los hospitales y clínicas resulta de una exigencia técnica de adaptación a las necesidades de cada individuo (“cada enfermo es un caso y no una enfermedad”) y no hay cómo estandarizar el conjunto de las actividades clínicas, en la medida en que ellas están sujetas al juicio del médico, el cual interpreta las necesidades del paciente en condiciones concretas;
- ⇒ la producción de servicios de salud es ejecutada por un grupo sumamente heterogéneo de agentes en el que aparecen, de un lado, los médicos, y del otro, una amplia gama de trabajadores, con niveles de instrucción y de calificación profesional muy distintos entre sí, resultando así, intereses y motivaciones incompatibles, que impiden la construcción de un espíritu de equipo que, además, sienta orgullo por la calidad del servicio producido;
- ⇒ el usuario de salud no es un consumidor común frente a las mercancías y está desprovisto de los conocimientos técnicos que le permitan evaluar la adecuación del servicio a sus necesidades; además, no tiene control o conciencia sobre la forma en que se da el consumo de esos servicios; por lo tanto, es difícil aceptar el papel de centralidad del consumidor en la definición de calidad en salud.

Para contraargumentar y defender la tesis de que no hay ninguna restricción al método de gestión de calidad en el área de salud, tal vez pudiéramos citar los experimentos americanos que mostraron la aplicabilidad del método en la gestión hospitalar⁹, o recorrer los numerosos ejemplos y análisis de procesos hospitalarios catalogados por Deming y otros autores.

Deming es taxativo a este respecto:

“Los principios y métodos de la mejoría son iguales para la prestación de servicios y para la fabricación de bienes. La aplicación real difiere, por supuesto, de un producto a otro, así como los problemas de la producción difieren unos de otros”¹⁰.

⁹ Ver especialmente, Berwick, M.D Godfrey A.B. & J. Roessner. *Curing Health Care, New Strategies for Quality Improvement in Health Care*, Jossey-Bass, San Francisco, 1991.

¹⁰ Deming. *Op cit* p.136

En los ensayos subsecuentes, objeciones como las mencionadas anteriormente no dejaron de ser abordadas a través de conceptos filosóficos y económicos. Creemos, entretanto, que cuando se instaura un programa de calidad en servicios de salud, lo que mejor podemos hacer no es intentar una respuesta teórica, sino recolocar estas cuestiones entre las que desencadenan el proceso colectivo de reflexión incluyéndolas en el rol inicial de problemas para análisis de los grupos. En otras palabras, debemos aprovechar la oportunidad para ejercitar una vez más la misión pedagógica delante de la meta de calidad. “¿Cómo sabe usted que la salud es diferente? y, cuando parte de la hipótesis de que es diferente: ¿Cuáles procesos en el área de salud está usted comparando con cuáles procesos en otras áreas?”.

Tales preguntas son importantes porque, como veremos más adelante, es preciso tener en cuenta que la prestación de servicios de salud está compuesta de procesos de gran diversidad. Algunos de ellos son similares a los que se dan en otros sectores económicos, mientras que otros son específicos de la salud. Si los grupos llegaran a identificar y disecar la dinámica de algunos procesos muy particulares (como por ejemplo: el trabajo clínico) y si fuera decidido que allí se concentra la mayoría de los problemas de los servicios, toda esa discusión ayudará a aclarar la estrategia a ser adoptada para alcanzar la calidad como resultado.

¿Qué quiere decir calidad como resultado?

Significa que la calidad no es más algo presupuesto en los agentes, debido a su alto nivel de formación o de calificación, sino algo que los involucrados en los actos de salud estarán constantemente preocupados por obtener y perfeccionar para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. Por lo tanto, se admite, al contrario del axioma flexneriano, que la preparación científica del cuerpo de profesionales y el atributo *high-tech* de los equipamientos usados no garantizan *ipso facto* la calidad del acto.

Comprendida en la forma moderna, la calidad del acto en salud no debe ser vista como una sustancia o una “cosa en sí”, sino como una referencia resultante de las formas en que se

produce el proceso de producción de los servicios. Las respuestas a una larga lista de cuestiones tal vez sea la mejor manera de inferir si determinada unidad de salud está o no en el camino de la calidad:

- ⇒ ¿Existe algún canal de expresión establecido para que los usuarios evalúen los servicios y sugieran cambios?
- ⇒ ¿Los médicos y demás trabajadores están atentos a esa “voz del usuario”?
- ⇒ ¿Saben los médicos cuál es la contribución específica que dan los demás agentes y categorías profesionales para restablecer la salud de “sus pacientes”?
- ⇒ ¿Saben los trabajadores auxiliares de su importancia en la misión colectiva de “salvar vidas”?
- ⇒ ¿Pueden los trabajadores describir quién sirve a quién en las miles de tareas y etapas internas e intermediarias necesarias para producir el servicio que el usuario finalmente consume en la forma de medidas de terapia y diagnóstico? ¿Contribuyen los trabajadores a identificar causas de mal desempeño de los servicios y apuntan correcciones, luego adoptadas por la gerencia de la unidad?
- ⇒ ¿La gerencia se preocupa en proveer condiciones de perfeccionamiento continuo a su personal?
- ⇒ etc.

La calidad como resultado puede igualmente ser juzgada bajo el aspecto de determinadas metas de carácter cuantitativo a ser alcanzadas. Por ejemplo, una meta para una unidad puede ser la de “disminuir la mortalidad hospitalar a uno por mil”. Siendo importante así subrayar que, como proceso y como producto “transparentes”, la calidad no equivale a una mera intención. Hay ciertos efectos objetivos que se obtienen con base en el esfuerzo persistente y colectivo, que se inicia con la dirección superior y se extiende a toda la unidad.

La calidad, en este caso, es expresión objetiva de ciertas condiciones subjetivas tales como:

- ⇒ una preocupación en crear y mantener, entre todos los que están ocupados en la unidad de salud, gerentes y trabajadores, una conciencia en cuanto a las propiedades,

beneficios y perjuicios de los servicios prestados, recurriendo para ello inclusive a metodologías estadísticas específicas;

- ⇒ una preocupación en satisfacer demandas explícitas y necesidades emergentes de los usuarios de los servicios de salud.

Tales condiciones subjetivas deben traducirse, en última instancia, en una nueva forma de división del trabajo y en una nueva manera de trabajar en equipo.

II

Límites del cientificismo: Crítica del concepto de calidad

DEMING VERSUS JURAN: LAS DIMENSIONES DE LO SUBJETIVO

Los hombres a quienes se acostumbra atribuir la responsabilidad por la creación del método de gestión de calidad total son, en su índole anglosajona, personas esencialmente pragmáticas. En el transcurso de un trabajo iniciado en las décadas del treinta y cuarenta, Edwards Deming y Joseph Juran intentaron reunir ciertos principios e indicaciones metodológicas para que la preocupación con la calidad de productos y servicios se constituyera en un nuevo paradigma para la administración en el mundo occidental. Tal vez nunca se les haya ocurrido que estaban tratando con una de las más centrales e intrincadas categorías del pensamiento metafísico, en la cual se concentraron casi todos los grandes filósofos, desde Aristóteles a Kant.

A pesar de que Deming y Juran se dedicaron poco al desarrollo de los conceptos y de la propia forma de concebir el denominado método de gestión de calidad total¹¹, entre estos dos gurús hay grandes contrastes que serán reseñados aquí.

¹¹ Esta denominación corresponde a una traducción del inglés *Total Quality Management* (TQM). Deming y otros autores prefieren simplemente decir *Gestão ou Administração de la Calidad*. La expresión sinónima *Total Quality Control* (TQC) fue creada por el americano Armand Feigenbaum en 1961. A su vez, los japoneses utilizan la expresión *Company-Wide Quality Control* (CWQC), para designar la forma particular en que emplean el TQC.

Deming¹² es un autor muy ingenioso, pero notablemente poco sistemático en la forma de exponer sus ideas. Su texto básico, *Out of the Crisis*, es nada más que una extensa y relativamente caótica compilación de notas, datos y anécdotas acerca del problema de calidad en las industrias americanas y japonesas. El rigor científico prácticamente está restringido a las partes del libro dedicadas a la evaluación de la producción industrial según la óptica de la disciplina que está en el origen de su formación profesional, la estadística. Aún así, el esfuerzo de Deming no se concentra en demostrar cómo aplicar el método estadístico, sino, por el contrario, en introducir en los lectores, lenta y pedagógicamente, el raciocinio de que muchas de las diferencias que se perciben cotidianamente en la producción son debidas al mero azar, por lo tanto, no son estadísticamente significativas.

Dos aspectos esenciales se destacan en el abordaje de Deming: la centralidad del papel del consumidor y la preocupación en problematizar pedagógicamente el sentido y el uso de la propia noción de calidad.

Deming reiteradamente destaca el papel del consumidor en la apreciación de lo que es la calidad de un producto:

“El consumidor es el eslabón más importante en la línea de producción. La calidad debe orientarse a las necesidades del consumidor, tanto actuales como futuras”¹³.

¹² W. Edwards Deming nació en Sioux City, Iowa en 1900 y se graduó en Física Matemática. En los años veinte desarrolló el método de control estadístico de calidad de la producción a partir de las investigaciones pioneras de Walter Shewhart en el área de agricultura. Fue profesor de administración en la Universidad de Columbia y consultor independiente sobre calidad, desde los años cincuenta, para numerosas empresas en el Japón y en los Estados Unidos. Su nombre se tornó famoso gracias a que en el Japón se instituyó el Premio Deming de Calidad Industrial. Joseph M. Juran nació en Braila, Rumania, en 1903, y se graduó en Ingeniería Eléctrica. Tuvo una carrera similar a la de Deming e igualmente fue influenciado por Shewhart y asesoró a las industrias japonesas en los años cincuenta. En 1979 creó una empresa de consultoría en calidad, el Juran Institute. La rivalidad entre los dos gurúes de la calidad fue llevada al público por una edición especial de la revista *Business Week* de 1991, sobre el título de *Quality Imperative*. Deming dijo que lo que más interesa a Juran es apagar incendios en cuanto que, contrariamente, su meta fue crear un sistema filosófico profundo y duradero sobre calidad. Juran contestó afirmando que Deming es más reconocido públicamente debido al premio que lleva su nombre que por los méritos de su propio trabajo...

¹³ Deming, Edwards.W. *Qualidade: A Revolução da Administração*, Marques Saraiva Ed, Río de Janeiro, 1990, p.4

Deming es un autor profundamente comprometido con aquello que podemos denominar una pedagogía problematizadora de la calidad, tal vez porque entienda que es más importante crear una mentalidad de la calidad que una teoría precisa o profunda al respecto. Frecuentemente remite a una serie de indagaciones, como si estuviese dirigiéndose, en una conferencia, a un grupo de empresarios neófitos, o estableciendo ítemes de reflexión para los miembros de un círculo de control de calidad. Una lista de sus preguntas preferidas puede ser reproducida más o menos en la siguiente secuencia:

- ⇒ ¿Qué es calidad?
- ⇒ ¿Qué significa la calidad de un producto?
- ⇒ ¿Cuáles son las características de calidad importantes para el cliente?
- ⇒ ¿Cómo sabe usted?

Llegando hasta la últimas consecuencias en esta línea de relativismo conceptual, quienes siguen los pasos de Deming reconocen que es más importante introducir en las empresas la discusión sobre cómo otorgar calidad a los productos y servicios que tratar de definir conceptos y métodos de calidad en abstracto.

Juran se constituyó, en ese sentido, en el opuesto a Deming. En primer lugar, es un autor fácil de ser leído: hace una organización rigurosa de los temas, una formulación pormenorizada de conceptos, una descripción nítida de cada método. Por otro lado, él se destaca por una postura más científica o "cientificista".

¿Qué entendemos por cientificismo? dejemos al filósofo Hilton Japiassu la descripción de sus rasgos generales:

"El cientificismo constituye hoy la última palabra en materia de ideología, porque es la única 'idea' capaz de dominar sin apelar a una violencia externa. Se funda en tres preceptos de fe fundamentales: a) la ciencia es el único saber auténtico, racional y objetivo, por consiguiente, el mejor de los saberes; b) solamente la ciencia tiene condiciones de responder a todas las cuestiones teóricas y de resolver todos los problemas prácticos; c) no sólo es legítimo sino deseable que sean confiados a los científicos los cuidados de organización y dirección de

las cuestiones humanas: morales, políticas, económicas y otros. Por lo tanto, para el cientificismo, la ciencia no solamente suministra la verdad objetiva y racional, también constituye el verdadero conocimiento de lo real, de las leyes de la naturaleza”¹⁴.

Juran no es sólo un creyente del cientificismo, también sigue un estilo literario típicamente cientificista. Las anécdotas y el relato de casos, por ejemplo, son sustituidos por los relatos de investigaciones e interrogatorios exhaustivos encontrados en las revistas especializadas en calidad industrial. A pesar de no ser un académico, Juran es un autor *clean* (en comparación con Deming) y de fácil asimilación por la huestes del MBA (Masters of Business Administration) que anualmente se gradúan en las universidades estadounidenses. No es por otro motivo que las primeras tres ediciones de su manual de calidad vendieron nada menos que 350.000 ejemplares.

Juran defiende la necesidad de contar con alguna definición aceptable de calidad; él mismo lo expresa como componente de su estrategia:

“Los individuos que desempeñan funciones importantes precisan analizar y definir los conceptos universales que forman parte de la propia existencia de la actividad como función. Además de eso, el lenguaje que describe la función precisa evolucionar y constituirse en patrón para que los conceptos-clave puedan ser comunicados y comprendidos”¹⁵.

De este modo, Juran opta por trabajar con dos conceptos experimentales y uno de síntesis. Los conceptos experimentales son los siguientes:

¹⁴ Japiassu, H. *A Pedagogia da Incerteza*, IMAGO, Río de Janeiro, p.83. Una crítica radical al cientificismo general, a sus orígenes histórico-sociales y su hegemonización progresiva del saber médico se encuentran en: Luz, M.T. *Natural, Racional, Social, Razão Médica e racionalidad científica*, Río de Janeiro, 1988.

¹⁵ Juran, J.M & Gryna, Frank.M. *Controle da Qualidade, Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade*, McGraw Hill, San Pablo, 1991, Vol I, p.17

- ⇒ la calidad consiste en las características del producto que van al encuentro de las necesidades de los clientes y de esa forma proporcionan satisfacción en relación al producto;
- ⇒ calidad es la ausencia de defectos.

Juran juega sagazmente con esos dos conceptos, siendo consciente de que ellos suelen motivar objeciones. Por ejemplo, la mayoría de los productos que están en el mercado presentan, de acuerdo con uno u otro criterio, algún tipo de fallas, muchas veces imperceptibles para el cliente común. ¿Podría decirse, en este caso, que el producto está desprovisto de calidad? ¿Quién se atreve a decir que su producto tiene calidad, que no es pasible de exhibir defectos en el presente o en el futuro?

En una de las sucesivas ediciones de su voluminoso manual (escrito por un equipo asociado a su empresa de consultoría), Juran acaba por resolver ese tipo de problema a través de una fórmula “simple y sintética”. La calidad es definida como **la adecuación al uso**. Esta definición busca escapar de la lógica del “todo o nada” a través del establecimiento de la posibilidad de mensuración de la calidad, siendo esta apreciada en grados, es decir, grados de adecuación al uso. Hay productos que tienen más calidad que otros. El uso, a su vez, expresaría la condensación de un conjunto de necesidades humanas de las cuales admite dimensiones tales como la psicológica (ej. gusto, belleza), la tecnológica (ej. resistencia), la ética (ej. cortesía de los proveedores), etc.

El manual de Juran está subdividido en numerosas secciones, diagramas y cuadros, donde el componente conceptual es clarísimo y sumamente útil para la formación de los consultores en calidad. No obstante, en términos generales, observando dentro de la empresa y considerando el conjunto de los empleados ¿se puede indagar qué implica ese énfasis en la comunicación de “conceptos-clave”?

Desde luego, esto implica la sustitución radical de la pedagogía problematizadora de Deming por un conjunto de nociones tecnológicas sobre calidad. Las mismas crean un nuevo producto vendible, un *know how* sobre calidad. Más que eso, la tendencia es a convertirlo en “saber empaquetado”, una fórmula secreta o regla de salvación para los sectores del neocapitalismo que sufren la crónica baja productividad/baja calidad.

Pero, naturalmente, no se debe omitir lo que hay en común entre esos dos norteamericanos que al menos tuvieron una formación profesional y una herencia cultural similar. Ambos comparten la tesis de la quiebra definitiva del taylorismo, pero van más allá de eso cuando delinear idénticos requisitos para el nuevo mundo industrial de la calidad:

- ⇒ la necesidad de instaurar mecanismos para auscultar la “voz del cliente” y sintonizar la planificación con sus modulaciones;
- ⇒ la meta de la elevación continua del nivel de calificación y educación general de los trabajadores;
- ⇒ la necesidad de motivación y participación de todos;
- ⇒ el imperativo del desarrollo del liderazgo y de la capacidad de trabajo en grupo, sea el equipo funcional, sea las comisiones orientadas específicamente para las iniciativas pro-calidad;
- ⇒ la importancia del dominio de todas las herramientas estadísticas para el monitoreo del proceso de producción, etc.

Lo que contrasta de estos dos autores es justamente la manera en que tales requisitos son tratados: en un caso, a partir de modelos de encuadramiento científico, que organizan, sistematizan y “esquematizan”, con preciosismo cartesiano, todos los elementos y pasos que componen las etapas del desarrollo de un programa de calidad. En el otro caso, a partir de comentarios, relatos y generalizaciones parciales que van extendiéndose y superponiéndose casi aleatoriamente —pero con una visión esencialmente humanista— toda una amplia gama de obstáculos, preceptos, métodos y realizaciones de los procesos de calidad.

El científicismo de Juran no se extiende al extremo de ignorar los componentes subjetivos que se asocian al comportamiento humano y a la cultura en general y la organizacional; estos componentes emergen inevitablemente a lo largo del proceso de calidad. Lo que se denuncia es el ansia de buscar delineamientos y formas de control para todos esos fenómenos: dónde, cuándo y cómo surgen, cuáles son los tipos principales, de qué modo actuar delante de ellos. Es así que Juran va a tratar de las “consecuencias sociales de los cambios pretendidos”, del “impacto sobre los valores culturales de los trabajadores”, de

“cómo lidiar con resistencias culturales” a través de ciertas “reglas de tránsito”, etc.¹⁶. De este modo, las tormentas culturales y psicológicas, en la forma de una irrupción súbita y abrupta de lo irracional, aparentemente se someterían a un esquema de previsibilidad, en cuyas reglas de navegación el planificador o consultor de calidad debe confiar para enfrentar el mar revuelto.

No faltan en Juran, como tampoco en muchos seguidores de Deming, los cuadros sinópticos, gráficos y esquemas que son hoy una presencia obligatoria en cualquier libro de texto susceptible de caer en las manos de un gerente de empresa. Pero debe decirse que esta es una moda universal, porque se convirtió en un presupuesto aceptado por todos los autores de tales textos, que los gerentes no tienen tiempo ni paciencia para leerlos en el lenguaje abstracto que se utiliza corrientemente. Así, es mejor tener todas las ideas bien resumidas e ilustradas en una decena de diagramas y cuadros, aún cuando este “encuadramiento” se refiera también a algunas subjetividades culturales o personales y hasta parezca ridículo, en su pretensión de objetividad, a un crítico ajeno al *metier* gerencial. Pero lo que se puede analizar de todos esos esfuerzos de ilustración y de síntesis es que —tal como acontece en los entrenamientos donde resurgen en la forma de transparencias de acetato y diapositivas de alta calidad— ellos no están destinados a sustentar un proceso de efectivo aprendizaje; son apenas aquello que transparentan: sirven para ilustrar, son ilustraciones bien hechas y nada más.

Hay, sin embargo, ciertos puntos sustantivos de doctrina que diferencian a Deming de Juran y que trascienden ampliamente las cuestiones de lenguaje, ya sea por la forma o por el énfasis. Se trata de la audacia que demuestra Deming al usar conceptos o preceptos radicalmente referentes a la subjetividad de los trabajadores como, por ejemplo, la necesidad de “dejar de lado el miedo” y de “remover las barreras que privan a las personas del justo orgullo por el trabajo bien realizado”. Cuando Deming trata esos fenómenos lo hace con la particularidad de querer señalar algunas causas comunes o de relatar casos que ejemplifican situaciones que dan origen al miedo dentro de la empresa o que impiden al trabajador enorgullecerse,

¹⁶ Juran, J.M. *A Qualidade desde o Projeto*, pp 435 ss.

con espíritu artesanal, del producto obtenido; menciona preceptos generales pero ninguna regla concreta de cómo tratar los elementos de la subjetividad humana.

Esa es nada más que la "marca registrada" del abordaje de Deming de la calidad, que, sin embargo, no deja de desconcertar a los lectores más científicistas. Tales preceptos serían desentornantes en el lenguaje *clean* de los que escriben ansiando ser considerados respetuosamente en el seno de las empresas¹⁷.

La intencional ausencia de prescripciones es igualmente decepcionante para el gerente o para el consultor de calidad; tal vez ellos se decepcionen con observaciones tan generales o relatos tan particulares (de casos). Peor que todo, Deming no se contenta con omitir reglas, pone el dedo en la herida, es decir, en la incapacidad que afecta a todos (empresarios y empleados) de tratar la subjetividad humana como tal. Y denuncia que el propio programa de calidad podría constituirse en un disfraz de esa incapacidad:

*"En mi experiencia, las personas consiguen enfrentar casi cualquier tipo de problema siempre que no sea con personas. Consiguen trabajar largas horas seguidas, encarar una caída de los negocios, enfrentar el desempleo, pero no los problemas con las personas. Confrontada con este tipo de problema (inclusive con los de los propios administradores), la administración entra en un estado de parálisis y busca refugio en la formación de Círculos de Control de Calidad y de grupos de participación de Personal y Calidad de Vida en el Trabajo. Estos grupos, como era de esperarse, se desintegran pasados algunos pocos meses, como resultado de la frustración al percibir que son miembros involuntarios de una cruel farsa, incapaces de realizar lo que quiera que sea, por el simple motivo de que nadie en la administración desea tomar iniciativas con base en sugerencias de mejora. Estos son instrumentos extremadamente crueles para apartar los problemas de las personas"*¹⁸.

¹⁷ La omisión de ese punto subjetivista puede ser notada en innumerables autores-consultores. Aún en los que buscan caracterizar los "principios" de la gestión de la calidad; ver por ejemplo: Cerqueira Neto, E.O. *Gestão da Qualidade, princípios e Métodos*, Pioneira, San Pablo, 1992; y del mismo autor: *Preconceitos da Qualidade em um mundo de mitos e paradigmas*, Imagem, Rio de Janeiro, 1992.

¹⁸ Deming, *Op.cit.* pp 63-64

En esta cita se ve que Deming no deja de cuestionar la propia gestión de calidad cuando ella es transformada en la fórmula para la salvación de problemas que la gerencia se recusa a ver.

Entendemos, con Deming, que el concepto de calidad no tiene la menor necesidad de ser delimitado y fijado rígidamente, promulgado como principio sacrosanto para servir en una acción catequizadora. Conceptos “científicos” sobre calidad son tan innecesarios como la propia catequesis que se realizaría en su nombre. Pero —y aquí aducimos a elementos de nuestra propia experiencia— hemos visto que en el inicio de los trabajos con grupos de calidad es muy útil e interesante que las personas sean llamadas para “opinar” sobre lo que entienden por calidad; las respuestas sirven para demarcar ciertos espacios de reflexión, como un diapasón en una sintonía fina, de tipo ideológico, y no para asentar una referencia científica; es que allí las respuestas acostumbran ser numerosas y variadas, aunque casi nunca discrepantes entre sí. Creemos que, seguramente, esto puede contribuir a la unificación y constancia de propósitos, tan necesarios al emprendimiento del programa de calidad.

La crítica filosófica del concepto de calidad comienza justamente en este punto, interpelando al sujeto de juicio de calidad.

EL JUICIO DE CALIDAD

El ser (o sustancia), la calidad, la cantidad, la relación, consideradas juntas con el tiempo y el espacio. Son todas esas las categorías primarias cuyo sentido viene buscando delimitar la Metafísica desde hace más de dos milenios. Existen algunas cuestiones fundamentales que rodean la posición de la calidad como categoría: ¿Es apenas un atributo de las cosas o existe en sí misma? ¿Es inherente al mundo objetivo o resulta de nuestra propia forma de aprehender mentalmente esas cosas? ¿Cómo se relaciona la calidad con la cantidad; la calidad se expresa por cantidades distintas, siendo la cantidad un atributo primario del ser? ¿Cómo puede variar la calidad en un mismo ser, estableciendo cantidades de una calidad?

La posición de Kant es bien conocida: el espacio y el tiempo son intuiciones puras *a priori*, los demás son conceptos puros del

entendimiento, o categorías, los cuales existen también apriorísticamente a la intuición sensible¹⁹. Para Aristóteles, contrariamente, las categorías son abstraídas de la propia realidad del mundo²⁰. Los delineamientos que siguen a continuación toman en cuenta los elementos del realismo aristotélico.

Según Aristóteles, la calidad (ej. negro) es un atributo que suele ser predicado de la sustancia (ej. calzado) para generar algo compuesto como “calzado negro”. Se puede decir que:

- ⇒ una calidad se opone a otra, admite contrarios (ej. negro y blanco);
- ⇒ la calidad varía de grado (ej. el negro de un calzado puede volverse menos negro con el tiempo);
- ⇒ una calidad puede ser comparada con otra (ej. el negro de este calzado es más oscuro que el de aquél).

Veamos entonces cómo se coloca la cuestión de calidad de los productos en esa línea del razonamiento aristotélico.

Hablar de las calidades de una cosa es hablar de un conjunto de sus propiedades, independientemente del valor final que se adjudique a esa cosa en función de cada una de sus calidades. Cuando emito un juicio sobre un producto, naturalmente estoy discriminando las calidades que considero buenas de aquellas que considero malas en la misma cosa o en otra, según mis necesidades o gustos. Digo: “este es un calzado de buena calidad” o simplemente “este es un buen calzado”. Es notable que nadie desconozca esta sutil transición del lenguaje en donde la calidad se torna en una calidad positiva. Ella deja de ser sinónimo de propiedad de las cosas y es concebida como atributo de todo lo que es bueno según un juicio resumido. Si dijésemos “calzado de propiedad”, siguiendo el mismo proceso, nadie entendería el significado de la expresión...

Por qué, podemos preguntar, en algún momento de la historia, “calidad” pasó a significar un “conjunto de propiedades adecuadas a alguien”, reduciéndose su sentido general, que indicaba anteriormente propiedad de cualquier naturaleza, buena o mala?

¹⁹ Kant, E. *Crítica da Razão Pura*, Série Os Pensadores, Abril Cultura, San Pablo, p.p 72-5

²⁰ Aristóteles. *The Works of Aristotle*, Categories, Encyclopaedia Britannica, Chicago, 1980, pp.5-21

Sin dudas, la propia intencionalidad implícita en los productos útiles que el hombre fabrica forzó esa sutil transición del lenguaje. Es que se supone que los bienes y servicios deben, ya desde su origen, ser concebidos para satisfacer necesidades humanas. Considerados en su género, los productos son “buenos” o “útiles” por esa propia intencionalidad básica. Las palabras “bien” (algo que es bueno para satisfacer una necesidad) y “servicio” (algo que sirve para algún fin) traducen esa idea de utilidad inherente. Debe notarse, en este sentido, que al dejar de hablar de calidad como categoría general opuesta a la cantidad, y al pasar a considerarla como pertinente a un juicio valorativo positivo, transitamos de un plano de neutralidad filosófica a otro de positividad. La calidad, en este sentido, es alguna cosa no sólo positiva, sino también deseable y que puede aparecer delineada al lado de ideas valorativas similares que con ella establecen un cierto eco: lo bueno, lo bello, lo útil.

En la raíz de cualquier evaluación de calidad hay una multiplicidad de juicios sobre cada una de las propiedades o calidades de un producto consideradas individualmente o en la relación entre sí. Pero lo que se transparenta en el final del proceso es mucho más la sentencia, como una especie de veredicto. Calidad es, por lo tanto, la síntesis de los juicios de las calidades de un producto. Deming es incisivo a este respecto: “la calidad sólo puede ser decidida en términos de quien la evalúa”. Y pregunta a continuación: “¿Quién es el juez de la calidad?”. Su respuesta es inequívoca: es el cliente o usuario.

La respuesta de Deming funciona como un acto de fe en defensa de un capitalismo reformado y centrado en la preeminencia del consumidor. Sin dudas, los técnicos y especialistas tienen un papel importante a desempeñar en ese particular, mas su “juicio de calidad” debe de ser subsidiario al del consumidor, inclusive cuando buscan anticiparse a sus preferencias.

Algunos autores no manifiestan el mismo pudor de los “cientificistas de la calidad” y radicalizan en la defensa de esa preeminencia del consumidor. Véase, por ejemplo, lo que afirma el francés James Teboul:

“Decir que la calidad consiste en satisfacer las necesidades del usuario en la gestión de los defectos o errores, es adoptar una actitud neutra, por lo menos pasiva, y sin emoción. No basta reducir las reclamaciones y las

quejas para que los clientes nos sigan. Es necesario conseguir que sus ojos brillen de deseo. La calidad incluye también el deseo, la seducción, el placer o encanto, la 'pasión por la excelencia'...²¹.

En ese contexto, el concepto de calidad va más allá de su positividad epistemológica y se abre para el mundo necesariamente erótico del deseo y de la fantasía. Calidad también es algo sexy. Porque el sujeto del juicio de calidad se deja dominar por una pulsión de deseo y atracción. La dificultad en tratar en términos objetivos a este fenómeno será contorneada por la apelación a sus connotaciones posibles; y esa dimensión adicional de la subjetividad positiva resulta muy bien explorada por las empresas en las imágenes que crean en sus publicidades. La calidad es una presencia jamás enteramente denotada, mas esencialmente connotada, tal como sucede con los objetos tratados por las propiedades lingüísticas del estilo poético.

Sin embargo, debemos subrayar aquí que la multiplicidad de connotaciones de la calidad puede llevarla a otro plano más profundo de la subjetividad, que a veces alcanza los límites de lo místico o de lo arquetípico, en el sentido jungiano del término. Algunas sorprendentes observaciones sobre la transfiguración arquetípica de la calidad las hemos recogido a través de grupos de discusión compuestos por médicos y otras categorías profesionales en las cuales anotamos manifestaciones como las siguientes:

- ⇒ calidad es vida;
- ⇒ calidad es amor;
- ⇒ calidad es Dios.

Tenemos aquí una hipótesis de la calidad donde ésta aparece identificada como un bien supremo. De su referencia a una subjetividad positiva se abstrae un *quid* de trascendentalidad que la convierte en una especie de arquetipo abstracto, con el cual se sueña despierto. Veamos lo que dice Jung en relación a algunos símbolos arquetípicos:

²¹ Teboul, James. *Gerenciando a Dinâmica da Qualidade*, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1982, p.49

“Todas estas imágenes se manifiestan en la experiencia psicológica como expresiones de la totalidad unificada del hombre. El hecho de que tal objetivo y ‘desideratum’ hayan recibido el nombre de ‘Dios’ es indicio de que poseen carácter trascendental y de que, en realidad, las experiencias, los sueños y las visiones de esta especie tienen una naturaleza fascinante y extraña, aprendida espontáneamente como tal, inclusive por personas que no tienen sus juicios influenciados por conocimientos psicológicos anteriores”²².

Cuando alguien multiplica los significados de una noción abstracta como calidad al punto de igualarla a la vida y a la divinidad, lo que se está buscando no es algo más esencial, una totalidad interior, o sea las dimensiones del **sí mismo**, como decía Jung? ¿Estará ese pseudo-arquetipo de la calidad destinado a ejercer de aquí en adelante una amplia fascinación sobre el imaginario de las personas? ¿Podemos interpretar, como hace Jung, que los individuos que suministran tales versiones están deseando superar las limitaciones tecnicistas de su trabajo cotidiano y de buscar para ellos un contrapunto no racional en una forma de transcendencia cualquiera?

No conviene ir mucho más lejos en ese tipo de especulación. Aquí alcanzamos a los antipodas del cientificismo y todo cuidado es poco. Pero el trabajo de consultoría refuerza esa impresión de que hay un enorme potencial de energías psicológicas “liberables” a lo largo de un proceso pedagógico centrado en el tema de la calidad. Apartarse de tales energías como de un tabú, tener conciencia de ellas pero dejarlas seguir un curso espontáneo o intentar aprovecharlas para conducir a una especie de conversión de las conciencias son tres opciones distintas, delante de las cuales éticamente no nos compete recomendar ningún posicionamiento.

Los siguientes puntos resumen las principales conclusiones de nuestra discusión hasta aquí:

- ⇒ el proceso de deducción de la calidad pasa por numerosos juicios de valor sobre los productos, apreciando sus buenas (deseables) y malas (no deseables) cualidades o propiedades, tratando de discriminarlas y, en el caso del productor, buscando retener las buenas y descartar las malas;

²² Jung, C. G. *Estados sobre o Simbolismo do Si-mesmo*, Vozes, Petrópolis, 1986, p. 186

- ⇒ la calidad se convirtió modernamente en una meta-categoría que representa el juicio del valor final sobre el producto, siendo la síntesis de los juicios de valor parciales sobre las cualidades de un producto;
- ⇒ el juez de la calidad es, en primer lugar, el consumidor, teniendo técnicos y especialistas una función coadyuvante;
- ⇒ no es posible, de ningún modo, evaluar a través de supuestos criterios “científicos” la calidad de un producto, eliminando la subjetividad de los consumidores;
- ⇒ el mundo de la subjetividad en el que se mueven los problemas de la calidad tienen su contrapartida objetiva en los métodos y tecnologías usados para extender y garantizar la permanencia de ciertas propiedades útiles de un producto (“**garantía de calidad**”).
- ⇒ la idea de calidad actualmente se reviste de variadísimas “**connotaciones positivas**” que pueden llevar, en su hermenéutica, a que se identifique la presencia, puntual o combinada, de elementos eróticos, poéticos y hasta trascendentes (como una especie de arquetipo de la posmodernidad).

CALIDAD COMO OPINIÓN

Por el análisis anterior queda claro que al considerar el juicio sintético de calidad estamos incursionando en un dominio de las facultades humanas claramente demarcado por la tradición del pensamiento filosófico: el de la opinión. Referirse a la calidad de un bien o servicio significa emitir un juicio que emana de la facultad de opinar. ¿Acaso no es por medio de una **encuesta de opinión** que se evalúan actualmente las preferencias de calidad de los consumidores? La modernidad mantiene para el concepto de opinión un sentido muy similar al que le fue atribuido por la Filosofía desde Aristóteles.

Pero, en la Filosofía, **opinión y conocimiento** siempre aparecen configurando un par de categorías antitéticas. La cuestión que suscitó discrepancias entre los filósofos no fue la admisión de esa antítesis sino cómo concebirla. En principio, la facultad humana de opinar está circunscripta a procesos de la razón susceptibles de ser permeados, conscientemente, por la duda y la creencia; en cuanto que la facultad de conocer tiene,

necesariamente, a la certeza como su fundamento. En la opinión, la conclusión es el resultado de un juicio, su verdad es presumible; en cuanto que en el conocimiento, la conclusión obtenida corresponde a una verdad lógicamente evidente y necesaria. Desde luego, esa dualidad remite el análisis a otros pares de categorías establecidas por la filosofía: inducción *versus* deducción; experiencia *versus* razón; creencia *versus* ciencia; etc.

Hay dos formas extremas de interpretar la oposición opinión -conocimiento (o entre *doxa* y *episteme*, usando las conocidas expresiones griegas). La primera, cuyos orígenes pueden ser identificados en el idealismo platónico, lleva a admitir que el único y verdadero conocimiento es el que resulta del movimiento deductivo de la razón en la esfera de las cantidades. El modelo de ciencia sería, por lo tanto, el de la matemática o el de la geometría. Todas las demás disciplinas de estudio racional del mundo dependerían de una forma de juicio sobre atributos de la realidad física del mundo que es siempre mutante. Tales atributos se constituyen por una mezcla de calidad y cantidad, y las conclusiones de esas disciplinas serían también de la misma naturaleza de la opinión, meramente plausibles.

La segunda forma de concebir ese par de categorías es todavía más frecuente hoy en día y consiste en considerar la **opinión** como el opuesto de la **ciencia**. En este caso, no importa cómo se entienda el concepto de ciencia: la opinión es equivalente al conocimiento sin fundamento en las ciencias. Y como las ciencias tienden a ser admitidas como un único modelo legítimo de conocimiento, la opinión es tenida como un conocimiento falso o de poca validez.

No precisamos realizar aquí una exhaustiva revisión de las corrientes de pensamiento para poder entender que las modernas ciencias de la naturaleza se fundan en formas sistemáticas y socialmente sancionadas de establecer juicios, o, en otras palabras, son esencialmente inductivas. Fuera del modelo clásico de las ciencias matemáticas, la facultad de emitir un juicio está también envuelta, pero con un método bien establecido y un lastre de principios particulares. A su vez, la opinión (y si se quiere, la opinión pública) no se afirma en una creencia sin razonamiento o sin evidencias, sino que busca en las propias ciencias ciertos elementos esenciales de información o de vulgarización, con los cuales emite su parecer.

Así, si quisiéramos mantener la contraposición entre conocimiento científico y opinión, deberemos relativizarla en el sentido referido. El juicio sintético de calidad no escapa a esa permeabilización constante por los contenidos que provienen de las ciencias. El consumidor agudiza su capacidad de juicio educándose progresivamente a través de la experiencia concreta y también de aquello que puede aprender sobre las ciencias y las tecnologías que se materializan en los bienes y servicios a su disposición. El consumidor selectivo de automóviles prescinde de la permanente lectura sobre elementos de la mecánica de motores y el desempeño de los nuevos modelos. El consumidor selectivo de servicios de salud también lee y escucha continuamente muchas cosas sobre los servicios disponibles, especialmente en relación a los avances de las tecnologías de diagnóstico y de cura. Pero, infelizmente, no dispone aquí de los medios de información apropiados para poder escoger (en las circunstancias en las que sea de hecho facultado a escoger), no una de esas tecnologías modernas, sino una oferta particular entre un conjunto de cosas que se organizan bajo una denominación de hospital, clínica, consultorio, etc. Es decir, el consumidor de salud sufre de un *handicap* que es la falta de informaciones concretas sobre lo que es ofrecido en ese mercado, mas nada dice que su juicio no se orientaría por criterios similares a los que adopta para los demás bienes y servicios.

El antagonismo absoluto entre opinión y ciencia tiene un paralelo en otro par de conceptos que entraron para la historia de la dialéctica: apariencia y esencia. La calidad tendría también, en esta interpretación, sus fases de apariencia y esencia. La idea es que el consumidor fácilmente se deja eludir por la apariencia agradable de los bienes y servicios. La satisfacción del consumidor puede ser resultado de una manipulación más o menos consciente, más o menos mal intencionada por parte del proveedor. Se trata de un argumento con bastante fuerza en lo que respecta a los servicios de salud, donde suele imputarse una vulnerabilidad especial al consumidor por no saber distinguir las acciones técnicamente eficaces y seguras para su salud, dejándose llevar por la seducción de las "fachadas" y de las comodidades que rodean al servicio. ¿Pero estará la opinión del consumidor basada apenas en la apariencia? o, por el contrario, como se demuestra en diversas esferas fuera del cuidado de salud, él está continuamente aprendiendo —a costa de penosas

experiencias y de la socialización del saber— a distinguir lo que le conviene de hecho de lo que parece ser bueno?

Si la opinión va educándose con la ciencia y la experiencia, entonces las apariencias no tienen el poder de engañar eternamente. Nada comprueba que la salud —incluso con su mercado de competencia siempre imperfecto— sea algo absolutamente singular, y que su consumidor vaya a insistir indefinidamente en elegir las cosas que son “bonitas pero ordinarias”. Resta todavía una conclusión más importante a este respecto. El juicio de calidad por el consumidor es capaz de ir más allá de la apariencia, porque la opinión aprende con métodos que son similares a los de la ciencia, aunque desprovistos de la misma sistematicidad. El juicio de calidad acabará por exigir que apariencia y esencia coincidan: el consumidor aprenderá que las comodidades de los servicios no son suficientes, pero, al contrario del juicio estrictamente científico, jamás admitirá que basta con que el servicio tenga una eficacia comprobada. Un cuidado técnicamente bueno será igualmente lo que aparenta ser bueno por el confort, trato personal, etc. Un producto de calidad para el consumidor moderno sería como la virtud para una dama victoriana: no sólo debe ser, sino también parecer.

Admitir que las bases del juicio de calidad van siendo progresivamente penetradas por la contribución del conocimiento científico, no significa admitir que pierda sus raíces en la creencia y en todo lo que la influencia: inclinaciones naturales de cada uno, moral individual, valores sociales, gustos, etc. La opinión del consumidor será siempre motivada por un conjunto de determinaciones que incluyen, pero pueden llegar a superar, las evidencias científicas.

Asumir las prioridades de una gestión orientada hacia la calidad implica asumir también la pertinencia de ese juicio que trasciende los límites de lo científico. El juicio de calidad por el consumidor pasa a ser presupuesto implícito en el conjunto de las actividades de la empresa, y desde luego, es evidente que se trata de un juicio, una **opinión** cuya anatomía no puede ser disecada por el bisturí de la ciencia. Además, existe el propio juicio de calidad que los clientes internos establecen entre sí, constituyendo una referencia adicional de representaciones **razonables** pero no plenamente **racionales**, sobre las cuales serán construidas las estrategias de desarrollo para la calidad.

Sin esa consideración sobre lo que atraviesan los límites de la ciencia, la gestión de calidad total no tendría ninguna sintonía con la nueva visión de mundo que se bosqueja en este final de siglo con la falencias tanto del viejo capitalismo como del viejo socialismo. Si ella rompe con los presupuestos científicistas de Taylor y Fayol, es porque se propone conciliar **la opinión** del consumidor en sus decisiones y reubicarla en primer plano, tal como sucedía en la producción artesanal. Junto con la opinión, van todos los elementos que hoy conforman las propiedades de análisis político y filosófico de la conducta humana, elementos que se concentran en dos antiguos campos de indagación, que fueron muy caros al liberalismo tradicional pero muy descuidados por los socialistas: la axiología y la ética. En la crítica a los límites del poder de la ciencia moderna, la gerencia de calidad puede ser entendida como el justo contrapunto a la gerencia científica a la que se asocian los nombres de Fayol y Taylor.

La situación creada tiene algo profundamente inquietante para los racionalistas puros: la ciencia subordinada a la opinión, la planificación subordinada a la educación, los valores sobreponiéndose a la lógica. ¿Pero no es esa, acaso, la misma conclusión a la que arriba la crítica filosófica radical de la ciencia moderna surgida en los movimientos ecológicos y otros tantos que claman, en este final de siglo, por el restablecimiento de la dignidad de la vida humana sobre el planeta?

CALIDAD Y VALOR DE USO

El conjunto de las calidades de las cosas, consideradas en su capacidad de satisfacer las necesidades humanas, es lo que la economía clásica denomina **valor de uso**. Es sabido que los conceptos de valor de uso y valor de cambio son anteriores a Marx y ya se encuentran bien formulados en el economista inglés David Ricardo²³. Para Marx, el valor de uso es la mera calidad sustantivada, tomadas solamente aquellas propiedades que son útiles para el consumidor:

“La utilidad de una cosa hace de ella un valor de uso”²⁴.

²³ Ver: Napoleoni, C. *Smith, Ricardo, Marx*, Graal Ed, Río de Janeiro, 1987.

²⁴ Marx, Karl. *O Capital (Crítica da Economia Política)*, Civilização Brasileira, Río de Janeiro, 1968, Libro I, Vol. I, p.42

Esta mera calidad se corporiza tanto en el bien, que es la expresión tangible del valor de uso de una mercancía, como en el servicio, que es la utilización efectiva (como consumo individual o colectivo) de diversos valores de uso, proporcionado en general por una combinación de mercancías materiales y fuerza de trabajo. Los bienes pueden ser también analizados como cantidades:

“Cada cosa útil, como hierro, papel, etc, puede ser considerada bajo un doble aspecto, según calidad y cantidad. Cada uno de esos objetos es un conjunto de muchas propiedades y puede ser útil de diferentes modos. Constituyen hechos históricos el descubrimiento de los diferentes modos, de las diversas maneras de usar las cosas, y la invención de medidas, socialmente aceptadas, para cuantificar las cosas útiles”²⁵.

Para los economistas clásicos, la utilidad es un presupuesto de la producción, compra y venta de mercancías, pero nada tiene que ver con su valor. Es lo que dice Ricardo:

“(...) la utilidad no sirve como medida de valor de cambio, aunque sea absolutamente esencial al mismo”²⁶.

Como los bienes y servicios son puestos en relación de comparación y de cambio unos con los otros a través del mercado, acaban por diferir entre sí según la proporción en que son permutados. El valor de cambio es la sustantivación de ese proceso de relación, comparación y cambio, y tiene por base la cantidad de trabajo social que cada cosa útil exige para su producción:

“Como valores de uso, las mercancías son, antes que nada, de calidad diferente; como valores de cambio, sólo pueden diferir en la cantidad, no conteniendo, por lo tanto, ningún átomo de valor de uso”²⁷.

Así, en Marx, las categorías de valor de uso y valor de cambio son, por lo menos, expresiones sustantivadas de la utilidad de las cosas y de la cantidad de valor-trabajo, respectivamente. El valor de uso es la forma de la utilidad de las cosas, y

²⁵ Idem, *ibid.*

²⁶ Ricardo, David. *Principios de Economía Política e Tributação*, Gulbenkian Ed, Lisboa, 1978, p.31

²⁷ Marx, Karl, *Op cit*, Libro I, Vol I, p 44

el valor de cambio, la forma del valor. Esa sustantivación de los valores es un punto muy importante en el lenguaje riguroso, de sabor hegeliano, que Marx emplea. Por considerar el valor (cantidad abstracta de trabajo materializado en las mercancías) como la verdadera regla de los cambios, este es el único cuantificador legítimo, más allá de las apariencias presentes en el valor de uso y en el valor de cambio. Es así correcto el uso de expresiones tales como “la mercancía X tiene más valor que la mercancía Y”. Pero son completamente contrarias al espíritu de análisis de Marx expresiones como esta: “la mercancía X tiene más valor de uso (o más valor de cambio) que la mercancía Y”.

En la fuente original de los economistas clásicos, es decir, en Adam Smith, tales expresiones de valor no aparecen aún plenamente sustantivadas. Por ejemplo, al mencionar la gran utilidad del agua en comparación con su precio irrisorio o inexistente, se manifiesta de la siguiente manera:

“Las cosas que tienen el más alto valor de uso, frecuentemente tienen poco o ningún valor de cambio”²⁸.

Marx es bastante explícito en lo que a eso respecta: la mayor o menor utilidad de las mercancías y sus propiedades concretas no son objeto de indagación de la economía. Desde el punto de vista de la economía, un tipo de mercancía (y su utilidad real) se iguala a otro si ellas tienen el mismo valor de cambio. La diferencia con el valor de uso es, en primera instancia, propia de la lógica del mercado y de su expansión universal bajo el capitalismo. En segundo lugar, abstraer las dimensiones del valor de uso es algo conveniente para la economía política, en la medida en que la libera para ocuparse primariamente de la producción de los valores de cambio y de su determinación por el valor-trabajo.

No obstante, puede preguntarse, ¿quién cuida científicamente de los valores de uso?

“Una disciplina específica, la merceología”, es la respuesta de Marx, en *El Capital*.

Sin embargo, contradictoriamente, los diccionarios modernos definen la merceología como parte de la ciencia comercial

²⁸ Smith, Adam, *A Riqueza das Nações*, Série Os Economistas, Abril Cultura Ed., San Pablo, p.61

dedicada a estudiar la compra y venta de las mercancías... Llama mucho la atención el propio hecho de que no exista legítimamente dicha disciplina o que la misma sea ignorada por las academias. La observación de pie de página de Marx ayuda mucho a aclarar por qué “la ciencia de las calidades de las mercancías” se encontraba en el siglo XIX (como aún lo está hoy) en tal situación de oscuridad:

“En la sociedad burguesa reina la ficción jurídica de que todo ser humano, como comprador, tiene un conocimiento enciclopédico de las mercancías”²⁹.

En este y otros pasajes del texto, Marx se muestra bastante pesimista en relación a las posibilidades de que el capitalismo llegue a privilegiar, de algún modo, la utilidad de los valores de uso. Innumerables páginas de *El Capital* y de los *Grundrisse* están dedicadas a demostrar justamente lo contrario, es decir, la gran diferencia del capital en su afán acumulativo, frente a las virtudes efectivas del valor de uso destinado al consumo de masas. Esta noción es consistente con el análisis que hace de la meta final de la producción capitalista que es el valor excedente o plusvalía:

“La producción capitalista no es apenas producción de mercancías, es esencialmente producción de plusvalía”³⁰.

Tratando de las inversiones que un capitalista puede efectuar en los llamados servicios y trabajos improductivos, como las escuelas, Marx resalta el hecho de que también, en estos casos, el objetivo real es la producción de plusvalía, finalizando irónicamente:

“Que este invierta su capital en una fábrica de enseñar, en lugar de hacerlo en una de salchichas, en nada modifica la situación”³¹.

El movimiento por la gestión de calidad total vino a intentar construir sistemáticamente e introducir, por primera vez en la

²⁹ Marx Karl, *Op. cit.*, Libro I, Vol I, p.42

³⁰ Marx, Karl, *Op. cit.*, Libro II, Vol I, p.584

³¹ Marx Karl, *Idem, ibid.*

historia del capitalismo, no sólo una preocupación explícita con la producción de los valores de uso, como también una especie de ciencia del valor de uso en general. Obsérvese que no se trata del conocimiento de cómo son vistas y utilizadas las propiedades o calidades particulares de esta o aquella mercancía o servicio, sino del sentido de la producción y del consumo de cualquier producto llevado al mercado.

Es evidente que el retorno a la utilidad del valor de uso, en el neocapitalismo, no se realiza porque súbitamente esta sociedad, como un todo, pasó a pensar en cómo satisfacer mejor las necesidades humanas con los recursos disponibles. La meta de la producción capitalista aún continúa siendo el valor agregado, o lucro, como mero valor de cambio. Así es que Deming y los demás abanderados de la calidad respaldan sus argumentos en que la nueva forma de administrar empresas apunta decididamente al aumento de la productividad y del margen de lucro, aunque en una perspectiva de largo plazo.

El valor de uso es, así, colocado dos veces como objetivo, para ser también doblemente negado: como mercancía simple, soporte del valor de cambio; y como calidad anhelada, para obtención del valor excedente.

Al final, cuál es la relación que puede ser concebida entre valor de uso y calidad de los bienes y servicios? Juran busca una relación unívoca y universal al afirmar que la calidad es la adecuación al uso. Establece así, supuestamente, los principios de mensurabilidad universal de la calidad. Pero, toda la definición, simple y sintética, no pasa de *plain common sense*; lo que se expresa con eso es apenas que un determinado género de mercancías tiene más utilidad que otra. En esa acepción, el concepto de calidad viene a desustantivar el valor de uso, estableciéndolo como medida relativa de la utilidad de las cosas. Decir que la mercancía X tiene mayor grado de adecuación al uso que la mercancía Y cuantifica la noción sustantiva de valor de uso, en la forma elaborada por Marx. Es equivalente a decir: la mercancía X tiene más valor de uso que la mercancía Y. Aquí la idea de valor de uso se convierte en forma cuantitativa de la utilidad y de la calidad de las cosas. El valor de uso pasa a ser en sí mismo el juicio de valor sobre las propiedades de las cosas, pero un juicio que establece relaciones de comparación, mide la extensión de la utilidad del conjunto de esas propiedades.

Lo que se puede cuestionar no es propiamente esa recuperación del sentido original de la utilidad o de las calidades inherentes a las cosas vendidas como mercancías. Esto significa apenas un retorno al sentido inicial de valor de uso, del cual se encuentran ejemplos en Adam Smith. Toda la dificultad se reduce a la imposibilidad de establecer un ente teórico, como la idea económica de valor, que funcione como un tertius entre dos valores de uso comparados (tal cual opera el valor entre dos valores de cambio).

Debe reconocerse que la idea de valor de uso (o la idea de bien y servicio, como receptáculos de la utilidad en las economías mercantiles) está literalmente cargada de subjetividad humana. En la mercadería-sustancia Marx demostró la materialización de relaciones sociales dadas por la comunidad de productores; en la calidad-sustancia, hemos de demostrar aún relaciones sociales persistentes, pero ahora entre productores actuando en función de los consumidores.

Que la calidad está cargada de subjetividad lo testimoniamos cotidianamente al ver cuántas cosas profundamente nocivas, abusivas o imaginarias son transformadas en valores de uso. Parte considerable de ellos son valores para los demás, no para mí o para usted. La necesidad humana puede provenir del “estómago o de la fantasía” como decía Marx, pero puede ser generada, también, por los malos y buenos hábitos, como también por Tanatos y por Eros. Pregunte, por ejemplo, a alguien que es antitabaquista convicto, cuánto le interesa el resultado de la evaluación de la calidad de una nueva marca de cigarrillos...

Por otro lado, cuando se intenta definir calidad como grado de adecuación al uso se incurre en una especie de petición lógica: es como medir algo usado como equivalente de lo que se quiere medir, ya que todo bien es, por definición, más o menos adecuado al uso. Si no correspondiese, de alguna forma, a una necesidad humana, no sería un bien. Es como si alguien dijese: “la utilidad de las cosas se mide por cuanto son útiles a las personas”; o aún, “el valor de uso es la medida de todos los valores de uso”.

Entonces, ¿cómo escapar a la tautología? ¿Cómo salir del juicio de valor que se remite a sí mismo? En otras palabras, ¿de qué modo puedo saber que una mercancía tiene más calidad que otra?

La única respuesta, simple, directa e irrecusable es la siguiente: cuando el ser humano lo juzga así. Todos los valores de uso son cosas útiles para el uso de quien los concibe como tales. Esto es bastante evidente y aún los más científicistas defensores de la gestión de calidad no lo niegan— “satisfacción del cliente” es una expresión que iguala a todos. La diferencia está en que el papel central del consumidor acaba por no ser debidamente destacado, debido a la búsqueda de normas más o menos universales.

Sin embargo, es preciso decir y repetir, parafraseando a Deming, que el juez de la calidad es el hombre. Puede parecer una declaración muy rimbombante o hasta desentonante para un estudio como este, pero tenemos que hacerla: el hombre es el supremo árbitro de sus necesidades y de aquello que puede satisfacerlas. La ciencia lo ayuda a ejercer esa función de arbitraje, pero no puede suministrarle cualquier fórmula o instrumento de medición objetiva capaz de sustituirlo en su papel.

III

La cuestión de la calidad y las políticas públicas

EL ESTADO Y LAS POLÍTICAS PRO-CALIDAD

El anhelo por la calidad en la industria moderna aparece, en una primera aproximación, como un ideal que nace y resplandece en el reino de la libertad de mercado. Bajo el régimen capitalista, nadie está obligado a producir bienes y servicios de calidad, a no ser por imposición de la competencia y por la posibilidad de acumular mayores lucros para convertirse en el productor preferido de los consumidores. Optar por el continuo perfeccionamiento de la calidad aparece, por lo tanto, como una decisión plenamente soberana de la gerencia, al ser colocada entre las alternativas de desarrollo estratégico de una empresa, *vis a vis* la conquista de mayores porciones de mercado o simplemente para la garantía de su subsistencia económica.

No obstante, iniciativas de esa naturaleza pueden ser políticamente inducidas cuando se plantea el imperativo de desarrollar, en la perspectiva de la totalidad de la sociedad, las metas de calidad de bienes y servicios de una nación. Gobiernos de diversos países adoptaron explícitamente políticas de estímulo para que los productores implementen programas de calidad total (CCT), buscando anticiparse a las fuerzas del mercado y, paralelamente, orientar la modernización de empresas y órganos estatales. Según Ishikawa³², en lo que respecta a ese papel de las empresas y del Estado, existen tres formas de fomentar el CCT en el ámbito mundial:

³² Idem, pp 41-2

- ⇒ la japonesa, basada en la iniciativa de las propias empresas, que se mueve por un interés nacional de difundir entre la industria del país la experiencia con ese método y con los círculos de control de calidad, contando con el apoyo de entidades civiles tales como la Asociación de Científicos e Ingenieros;
- ⇒ casos como los de Corea del Sur y de China, donde el gobierno se involucra directamente en tales actividades, tanto en el financiamiento como en su difusión;
- ⇒ la americana, donde el *know how* de CCT es propagado como resultado de los negocios de ciertos especialistas agrupados en empresas de consultoría.

En cuanto a ese aspecto de los estilos de gestión, aquellos que confían en que el libre juego de las fuerzas del mercado es suficiente para conducir a la modernidad, nuevamente no conseguirán corroborar sus apreciadas tesis. Ni el movimiento inaugurado por la sociedad japonesa desde el final de la Segunda Guerra Mundial, en el sentido de perfeccionar el control de calidad, ni la adopción directa del CCT por los gobiernos centrales y “fuertes” de los llamados “tigres asiáticos”, parecen corresponder a un paradigma de construcción de nuevas vías de desarrollo tecnológico y económico basado únicamente en el libre juego del mercado.

En ese sentido, es importante notar que tanto el japonés Ishikawa como el americano Deming consideran que, para aventurarse en la misión que conduce al CCT, se hace necesario justamente oponerse a las presiones económicas del mercado, forjando, encima de él, una determinación política y estratégica, la voluntad de hacer valer los objetivos de la calidad incluso cuando las circunstancias económicas de la empresa y de su entorno parezcan preconizar vías “más realistas”. Ishikawa llega a manifestar su desconfianza en cuanto a la posibilidad de que Occidente consiga implantar una forma exitosa de CCT en alta escala, justamente porque allí todo el mundo está demasiado envuelto en los intereses inmediatos del mercado, es decir que son motivados por la ganancia del lucro fácil y de corto plazo. También es bastante conocida y criticada su interpretación de que el CCT triunfó en Japón debido a que encontró en el pueblo japonés un terreno fertilizado por la creencias de matriz con-

fuciana, tales como que el hombre es un ser esencialmente bueno, en cuanto que en el cristianismo está implícito que el hombre se encuentra en un estado de eterna corrupción por haber sucumbido al pecado original.

No es necesario ir tan lejos para admitir la importancia de los elementos ideológicos y políticos (o si se quiere resumir, la importancia de los elementos culturales) en la implantación y éxito de la gestión de calidad total en todo un país. Si, en el Japón, Ishikawa puede afirmar con orgullo que el gobierno no gastó un centavo para mantener campañas tales como el Premio Deming, el Mes de la Calidad y el Mes de la Patronización, es porque esa sociedad se mostró capaz de ser motivada por valores como el nacionalismo y el humanismo. Nada impide que otros países sigan caminos similares, con mayor o menor apoyo de sus gobiernos.

Deming, que es también reacio al intervencionismo estatal, escribió su libro *Out of the Crisis* inspirado por una mezcla de sentimientos de esperanza y escepticismo, confiando en que tal vez los americanos puedan llegar a recuperar aún en este siglo, su modelo competitivo internacionalmente. Deming dirige una crítica mordaz a la lógica de la competitividad basada en costos y precios, que direcciona tanto el desempeño de las administraciones de las empresas norteamericanas como la regulación del mercado por el gobierno central. En la administración de los costos y precios está siempre presente la visión de corto plazo, justificada por la defensa del retorno de dividendos a los accionistas. El ejecutivo que mantiene el nivel de empleo e invierte con un bajo retorno inmediato de capital para garantizar productos y servicios de mejor calidad en el futuro, se expone al riesgo de ser despedido por el consejo de la empresa en nombre de los intereses de los accionistas. La evaluación de los méritos y de la capacidad empresarial de cada ejecutivo jefe resulta condicionada por los indicadores de desempeño financiero que aparecen en los boletines trimestrales. ¿Cómo mantener constancia de propósitos para perfeccionar paulatinamente la calidad de lo que es producido si la única forma de planificación admisible es la que garantiza dividendos inmediatos a los accionistas? ¿Será que los accionistas no son sensibles a una estrategia diferente que privilegie altos retornos después de períodos largos de maduración de la inversión? A estos interro-

gantes propuestos por Deming, se junta un reproche al liberalismo ingenuo del Estado norteamericano, el cual, a través de la leyes *antitrust*, estimula la competición de precios entre las empresas, pero dificulta las asociaciones para fines de iniciativas comunes de desarrollo de la calidad. Sería justamente esta competición fundada en la calidad lo que podría proyectar la industria americana en el ámbito de la competencia internacional:

“Es ridículo y un desperdicio, por ejemplo, que hombres de la Ford, de la Pontiac y de la Chrysler no puedan trabajar juntos para reducir de quince a tal vez tres el espesor de las chapas de acero para guardabarros delanteros de automóviles. ¿Cómo la industria norteamericana puede competir con la japonesa cuando los americanos son víctimas de reglamentaciones gubernamentales?”³³.

Para los analistas “racionales” es más fácil conseguir visualizar el nacionalismo, que inspira a los gurúes de la calidad e incentiva a las empresas para luchar por dominar ciertos segmentos del mercado mundial, que aceptar que también existen determinantes morales y humanistas alimentando tal insistencia. Según Ishikawa, lo que condujo a la sólida implantación de los círculos de calidad total en el Japón fue el ideal de originar fábricas “donde la humanidad sea respetada”. Este respeto a la humanidad puede ser expresado de la siguiente manera :

“La industria pertenece a la sociedad. Su objetivo es engarzarse en la administración teniendo a las personas como centro. Todos los que están ligados a la empresa (consumidores, empleados y sus familiares, accionistas, subcontratados y empleados del sistema derivado de distribución) precisan poder sentirse confortables y felices con la empresa, y poder usar sus capacidades y realizar su potencial. El lucro en primer lugar es una idea anticuada que necesita ser descartada”³⁴.

No faltará quien, por detrás de estas palabras, vea un ardid y una maniobra ideológica para disimular el viejo interés del

³³ Deming, W. E. *Qualidade: a Revolução na Administração*, Saraiva, Rio de Janeiro, 1990, p.113

³⁴ Ishikawa, K. *Op. cit.*, p.116

capitalismo en reproducir la docilidad de su proletariado, mientras aprovecha los lucros de largo plazo. No obstante, está claro que esos autores no pretenden combatir la búsqueda del lucro, a la cual justifican como parte de la garantía de crecimiento y diversificación de las inversiones productivas. La cuestión por la que insisten en clamar, y dan evidencias con base en la práctica industrial y de los mercados internacionales, es que el capitalismo de punta ya no puede funcionar adecuadamente, o sea en forma competitiva, si tiene en la búsqueda del lucro su único *telos*.

Al admitirse que los aspectos vitales de la gestión de calidad total se interconectan constantemente con las cuestiones axiológicas de una sociedad, debe igualmente aceptarse que denominar un proceso con ese nombre no basta para unir a todos en un mismo campo de fuerza ideológica. El gran e irrefutable mérito de ese enfoque de gestión es la necesidad de transparencia en la conducta de los actores envueltos (gerentes, trabajadores, consultores, clientela, etc.) y muchas veces esto propicia el enfrentamiento de enfoques antagónicos sobre el CCT. Un matiz inportante es dado por los propios mentores del movimiento, con la dupla Ishikawa y Deming, que realza el papel de la cultura en el trasfondo de las acciones pro-calidad y, por otro lado, Juran y Feigenbaum, quienes acentúan los aspectos cognitivos y la contribución de los especialistas o consultores de calidad. Pero existen variantes vulgares y reduccionistas, tales como la de concebir el CCT basado en una determinada enseñanza *ex-cathedra* de conceptos y métodos (distorsión de derecha) o de verlos como un inmenso movimiento de libre participación y discusión de problemas por los trabajadores (desvío de izquierda).

En nuestra forma de ver, estar alertas para las distorsiones en la adopción del CCT exige armarse de espíritu crítico a través de los análisis que brotan de las contribuciones de la filosofía, de la economía política y de las ciencias sociales como un todo. El desafío que se enfrenta es el de realizar esa interpretación en cuanto se mantiene el interés práctico por las cuestiones de calidad, escapando de la seducción de transformarla en apenas un deleite intelectual más de la academia.

Es preciso elevarse a un plano de comprensión histórica y considerar, por ejemplo, que las condiciones que favorecen a la

implantación del CCT caracterizan una nueva manera de gerenciar las relaciones de trabajo, muy distintas de aquellas del denominado modelo "fordista". Poner a la calidad en primer plano para un significativo conjunto de agentes económicos de la sociedad, implica afectar a todos los planos en que se plantean las cuestiones de trabajo en la economía nacional:

- ⇒ ideológicamente, constituye un retorno al mundo de las cosas y de su utilidad concreta, significa reponer el valor de uso como objeto de trabajo, acarreado en ese movimiento a todos los valores culturales que motiven el gusto por el arte de las cosas bien hechas y de la creación;
- ⇒ políticamente, consolida el rescate de la gestión democrática de las empresas a través de condiciones objetivas que estimulan la participación y la expresión de la voluntad de los trabajadores en los rumbos tomados y se dan en conjunto con formas de negociación colectiva de innumerables aspectos vinculados a las relaciones de trabajo y al ambiente de producción;
- ⇒ económicamente, presupone una retribución al esfuerzo adicional de trabajadores y técnicos, a través de la participación en los lucros generados o de retribuciones adicionales al salario, correspondientes a los grados de productividad del trabajo que van siendo progresivamente incorporados.

Ese conjunto de virtualidades no resultaría únicamente de la voluntad de los agentes históricos envueltos, mas ya tiene por fundamento objetivo las necesidades actuales de subsistencia económica del neocapitalismo. En muchos lugares del planeta se van transformando en realidades, pero continúan siendo realidades virtuales para nosotros, situados en la periferia de todos los capitalismos posibles. En escala planetaria, la flexibilidad de la gerencia centrada en la calidad no es un fenómeno menor, pero traduce el hecho de que se instaura una nueva etapa político-económica del capitalismo, con profundas transformaciones en las relaciones de trabajo y de formas de acumulación del capital.

El ya superado modelo "fordista", difundido en Europa y los Estados Unidos en el período que transcurrió entre las dos guerras mundiales, se basaba en relaciones económicas claras

entre las empresas y los sistemas legales de protección social creados por el Estado. En el nuevo modelo de gestión flexible, la gerencia debe estar dotada de un notable grado de autonomía y predisposición para la solución de las demandas de los trabajadores. Ya no resulta conveniente remitir muchos de los conflictos laborales, que surgen constantemente dentro de las empresas, a las instancias jurídicas y administrativas del Estado: deben ser resueltos dentro de la propia empresa, a través de normas e instrumentos de negociación entre representantes sindicales y, a veces, de los propios consumidores³⁵.

En el área de las empresas públicas se produce una mutación paralela que coincide con nuevas formas del financiamiento estatal. No se puede continuar subvencionando a las empresas públicas por el solo hecho de su noble función social. Gobiernos de diversos países en desarrollo, incluso los que no adhirieron tan nítidamente al ideario neoliberal, vienen expresando con firmeza que su sanción política comenzará a basarse, de aquí en más, en la materialización del desempeño, evaluada en términos de productividad y calidad. Abandonando de esta manera su antiguo estilo proteccionista de las actividades de interés público, el Estado pasa a imponer criterios de eficiencia en la administración directa y en las autarquías que funcionan como instrumentos dinámicos de su intervención en las áreas sociales como salud y educación. La excelencia implícita de los agentes, como el primer paso de la calidad, ya no es considerada suficiente. Para ello se buscan nuevas formas de relacionamiento del Estado con tales órganos, que contemplen simultáneamente, tanto una mayor autonomía de gestión de los recursos, como un acuerdo en cuanto al cumplimiento de ciertas políticas de interés general y en relación al alcance de metas de eficiencia microeconómica. Los contratos de gestión, que resultan de la experiencia francesa de administración pública,

³⁵ El conjunto de los elementos que marcan esa nueva organización del trabajo ha sido discutido particularmente por el grupo de científicos sociales alemanes liderado por Claus Offe y por el grupo de economistas identificados con la llamada escuela regulacionista francesa; Ver Offe, C. *Trabalho & Sociedade, Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da Sociedade do trabalho*, Vol I, A Crise, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1989; Una síntesis de las ideas del regulacionismo se encuentra en Medici, A.C. *Estado, regulação e fiscalidade: Uma Abordagem Introdutória*, Ensaio FEE, Porto Alegre, 12 (1) 86-100, 1991.

constituyen una de esas formas. Firmados entre representantes del poder público y la dirección de la empresa, los contratos de gestión³⁶ buscan formalizar compromisos entre ambas partes, explicitando, por un lado, ciertos objetivos de su misión que resguardan el interés público y, por otro, objetivos de desempeño microeconómico, entre los cuales se plantean los de eficiencia en el uso de los recursos e iniciativas en favor de las mejoras de calidad.

La fuerza motriz que puede encuadrar a los funcionarios públicos en la dirección de la calidad no resulta, en esos casos, ni del nacionalismo ni de la búsqueda de ventajas competitivas en el mercado que configuran, naturalmente, los objetivos de la empresa privada. Resulta, más bien, de un similar instinto de subsistencia frente al agotamiento del modelo de financiamiento incondicional por el Estado. El reconocimiento de las graves repercusiones de la crisis fiscal del Estado en el financiamiento de las actividades públicas puede generar una percepción del "riesgo de vida" que, si está bien direccionado, impulsará el ánimo de participación y de cambio en el conjunto de los funcionarios y de los dirigentes de las empresas del Estado.

En ese punto, por más que el CCT consiga aproximar los métodos de gerencia de las entidades públicas y empresas privadas, persisten aún ciertas diferencias establecidas por el orden político y económico en que cada una se encuadra. Para las instituciones públicas, por ejemplo, los objetivos de calidad son mal definidos mientras no sean correlacionados con la misión u objetivos político-institucionales; no basta establecer qué hacer con calidad, sino por qué hacerlo en la óptica de una política que debe privilegiar objetivos de interés público. Es decir que, en un plan de desarrollo de calidad de una institución pública, las metas de calidad deben ser orientadas en la dimensión del interés público y no sólo de su éxito gerencial en el manejo de los medios.

Así, por ejemplo, en un hospital público, la mejoría en la calidad de la atención debe ser situada en un nivel estratégico en relación a sus funciones jerárquicas dentro de la red y subordinarse a la misión político-institucional de promover la equidad

³⁶ Souza e Silva, C. E. *Contratos de Gestão: Seu Contexto y os Problemas para su Negociación y Administración*, FUNDAP, San Pablo, mimeo, s.d.

en el conjunto de los servicios ofrecidos. Tal como el concepto ampliado de CCT involucra el trabajo pro-calidad con los proveedores de materias primas, en los servicios de salud el desarrollo del CCT parece presuponer, no la iniciativa de todas las unidades en esa misma dirección, sino por lo menos ciertos acuerdos de objetivos de calidad entre ellas, teniendo en cuenta los propósitos de su misión político-institucional. Al transitar del nivel de las políticas al de la gerencia, no debemos abandonar, de ningún modo, los principios universales para concentrar nuestra atención solamente en lo que es deseable para el establecimiento de salud de por sí. El binomio misión versus objetivo de calidad expresa la necesidad de retener la determinación política en el plano operativo local. Nada impide, sin embargo, que la equidad sea colocada como parte de la misión institucional. Esa cuestión de saber si la preocupación con la equidad forma parte de los objetivos de la calidad o de las metas de la misión tal vez no tenga gran importancia, siempre que se entienda que el gerenciamiento de la calidad debe también tener en cuenta los propósitos y las estrategias de la política de salud.

Una objeción importante de naturaleza política que ha sido planteada frente a las propuestas de CCT es la de su posible vinculación con el neoliberalismo. En efecto, en ese contexto de reformas en las relaciones entre Estado y sociedad, las iniciativas de divulgación y financiamiento directo del CCT por los gobiernos son fácilmente tomadas como componentes del recetario económico neoliberal. Una interpretación en ese sentido fue enunciada en Brasil durante el Gobierno Collor, en relación al Programa Brasileño de Calidad y Productividad (PBCP). De manera coherente con su inclinación al marketing del eficientismo, el Gobierno Collor buscó difundir algunas ideas inherentes al CCT, consiguiendo un éxito relativo en esa iniciativa. Uno de los principales objetivos anunciados era el de “promover campañas de divulgación y motivación para la calidad y la productividad”; en ellas se proyectaban diversas actividades, como por ejemplo la elaboración y divulgación de textos, promoción de eventos para movilizar dirigentes, apoyo a congresos y seminarios, etc.³⁷.

³⁷ Ver: Governo do Brasil. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. *Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade*, 1990.

No obstante, en el plano mundial, nada hay en la filosofía y en la historia del CCT que respalde el ideal neoliberal de la restauración de la libre competencia. Por el contrario, autores como Deming e Ishikawa elogian, implícitamente, las virtudes de la asociación entre Estado y empresas monopólicas, o entre empresas y gremios profesionales, para facilitar la conquista de avances transcendentales de calidad. La propia historia de la promoción del CCT en escala nacional, según el ejemplo exitoso de los países asiáticos, señala la eficacia de la asociación de la acción inteligente del Estado y las organizaciones gremiales en la promoción del CCT, en el marco de una ideología de defensa de los intereses nacionales.

Felizmente, el fin de la "era Collor" posibilitó el imprescindible clima de desarme ideológico para evaluar el alcance del CCT en Brasil. Es preciso estar especialmente prevenido contra las tentativas siempre exitosas de manipular la ansiedad colectiva frente a la reconocida falencia de los servicios públicos, y de que el CCT sea algunas veces pregonado como la fórmula de salvación para la crónica falta de operacionalidad y entusiasmo de los trabajadores de ese sector. Es comprensible que muchos se dejen seducir con la ilusión de un método capaz de garantizar mejorías en la calidad de los servicios y que eso puede ser obtenido a costos menores que los usuales. Es igualmente comprensible que esa insistencia en "reducir los costos" de las actividades públicas y de la asistencia en salud a través del CCT pueda ser denunciada por las corrientes de izquierda como parte de las estrategias "humanizadas" de ajuste económico que los organismos internacionales vienen preconizando para nuestros países.

De hecho, parece que fue puesta a la venta en la plaza pública la nueva maravilla del siglo, el elixir de la "calidad total". No serán pocos los que lo tomarán como la solución ansiosamente aguardada, algo que provocará la reformulación global de las instituciones públicas, bastando para ello con que se comience a "pensar en el cliente" y a promover la discusión con los trabajadores. Nuestra cultura, bastante reacia a los preceptos de disciplina y jerarquía asociados a la verticalidad del poder de las empresas llegó al punto, inédito en la literatura mundial, de ocultar la referencia al "control" en el concepto de CCT. La palabra "control" ni siquiera es sustituida por "gestión"; sim-

plemente, la noción de totalidad fue transpuesta del nivel de los mecanismos administrativos y de las responsabilidades gerenciales al nivel de los predicados de las cosas producidas. Pasó, en una elisión vocabular sin ningún fundamento conceptual, a ser llamada de "calidad total". Es claro que tal cosa no existe, ni como movimiento ni como concepto respetable (*).

El libro de Rafael Aguayo³⁸, muy didáctico e interesante, dicho sea de paso, que habla de Deming como "*who taught the japaneeses about quality*", tuvo su título traducido bajo tal rótulo apelativo: El americano que enseñó calidad total a los japoneses. Son esos artificios del lenguaje los que facilitan la creación de un *best seller*. Parece que poco importa, en una aplicación más de la ley de Gerson (*), que sea tan poco fiel al pensamiento del autor original. Deming, como se sabe, jamás usó aquella expresión, y mucho menos con su elisión desprovista de lógica.

"Calidad total", esta expresión sin lógica, tiene una connotación emocional muy fuerte, que puede ser utilizada para seducir a las audiencias en debates públicos. ¿Pero de qué sirve ayudar a despertar entusiasmo, si elimina el trascendente papel de la gestión y de todas las funciones de mando y planificación de proyectos que deben ser contempladas en el CCT? Los esfuerzos pro-calidad en una empresa no surgen de un estado místico a ser alcanzado por la concentración colectiva en el mantra de la "calidad total", sino que dependen de la adopción seria y responsable de un estilo de gestión que solamente produce buenos resultados cuando es aplicado correctamente y a lo largo de varios años en una misma empresa. Si el brasileño no aprecia las connotaciones de la palabra "control", que se use entonces Gestión de Calidad Total, de modo que no se omita la competencia esencial de los ejecutivos. El peligro que acecha hoy a la difusión del CCT en las empresas brasileñas es justamente

* **Nota del traductor:** El autor se refiere a la cultura brasileña y a la traducción del *Total Quality Management* y *Total Quality Control* como Calidad Total.

³⁸ Aguayo, R. Dr. *Deming: O Americano que Ensinou a Qualidade Total aos Japoneses*, Record, Río de Janeiro, 1993.

* **Nota del traductor:** Gerson es un futbolista brasileño contemporáneo que declaró que "debe sacarse ventaja siempre que esto sea posible". Periodistas y analistas sociales brasileños exploraron esta idea como una forma inscripta en el imaginario social nacional que podría ser explicativa de algunos fenómenos del actuar brasileño.

ese refuerzo de nuestras creencias en la fuerza mágica de las palabras (trasfondo popular); pero existe también la creencia de que todo lo que resulta de la acción colectiva es necesariamente bueno (trasfondo de los movimientos de izquierda).

Amoroso Lima apunta que hay una ingeniosa fórmula inspirada en la misma ley de Gerson, que está por detrás de la pseudo-modernización asumida por las empresas brasileñas en la década del 90. La fórmula es la siguiente:

COMPETITIVIDAD: (marketing + demagogia) + (viveza + trucos) + (magia + suerte) + (favoritismo) - (transpiración) -(perseverancia) - (evaluación).

Esa competitividad distorsionada fue posible debido a la propia trayectoria reciente de las empresas y de la economía brasileña, en donde ciertas condiciones de crecimiento económico y de poca competencia incentivaron a la mayoría de las empresas a mantener una actitud de avestruz, con la coexistencia de altos márgenes de lucro y un cabal descontrol de costos. En la década del 90, el descontrol de los costos ya no puede ser mantenido por causa de la tendencia decreciente de las tasas de lucro, y el avestruz entró en pánico:

"Es en este contexto de la década de 1990 que una mezcla de hipocresía y oportunismo (a veces con una cierta pizca de desinformación e ingenuidad) se incorpora en el discurso y en la práctica de modernización del país, de las empresas e instituciones, con nefastas consecuencias para el desarrollo económico y social. Es preciso denunciarla desde luego y de forma radical para que la calidad no se transforme en un modismo gerencial ineficaz y, por lo tanto, en breve descartable"³⁹.

No son pocas las cuestiones con las que nos enfrentamos en el desarrollo de programas de calidad en el Brasil. ¿Será posible, contrariando nuestro espontaneísmo organizacional, transponer tales preconceptos y hacer creer que se puede combinar la eficiencia de gestión con las potencialidades de la tan decantada creatividad de los brasileños? ¿Tal creatividad puede ser disciplinada para aculturarse con el uso de instru-

³⁹ Amoroso Lima, M.A. "Qualidade e Tecnologia: binômio estratégico para a modernização do Brasil", in: *Gerenciamento da Qualidade, O Caminho para a Modernização*, CNPq, Brasília, 1993.

mentos avanzados que brotan de la estadística, de la informática y de otras ramas de la tecnología moderna? ¿Si existe entre nosotros la cultura del humanismo, a qué valores apelaremos para difundir el CCT? ¿Debemos rescatar, por ejemplo, los viejos ideales del humanismo nacional, tales como el de Sergio Buarque de Hollanda, con su noción de que el brasileño es esencialmente un hombre cordial?⁴⁰ ¿A qué valores apelaremos para crear entre nosotros la empresa centrada en el respeto por la dignidad humana?

CALIDAD, LIBERALISMO Y PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

La promoción de la calidad a un desiderátum de la producción industrial, que hoy parece llegar a la cima en los esfuerzos por el desarrollo de la empresa y del mercado capitalista, tiene por detrás todo un largo e importantísimo registro histórico de rozamientos y enfrentamientos entre corrientes de pensamiento, entre formas de actuación política de los grupos sociales organizados y hasta entre formas alternativas de intervención del Estado. Más que para otorgar un sentido puramente histórico al debate, señalar determinaciones de ese tipo sirve para atraer la atención, tanto de entusiastas como de incrédulos, sobre el hecho de que la "dinámica de la calidad" tiene aún su conformación dada por el hombre como ser político y por los movimientos político-ideológicos que lidera para cambiar la naturaleza y los propósitos de la producción material.

La cuestión moderna de la calidad de bienes y servicios tiene innegablemente vínculos históricos con la llamada policía sanitaria y, en sentido más amplio, con los problemas que cercan la protección al consumidor. Lo que hoy constituye una opción por ofrecer lo mejor fue ayer una opción por ofrecer aquello que elimina o disminuye el riesgo de daño a la salud de la población. El nudo central de todas las divergencias es, como se sabe, determinar en qué medida se puede integrar un elemento económico y político —

⁴⁰ Ver: Hollanda.S.B, *Raízes do Brasil*, Universidad de Brasilia, Serie Biblioteca Básica Brasileira, Brasilia, 1963.

la libertad de mercado — con un elemento moral — el resguardo a la salud y a los demás intereses del consumidor ⁴¹.

Al contrario de las cuestiones sobre el control del proceso de producción que durante el último siglo han enfrentado a liberales y socialistas, las divergencias que se sitúan históricamente en el campo de la policía sanitaria y de la protección al consumidor surgieron prácticamente por interpretaciones antagónicas dentro de la matriz de ideas del propio liberalismo. Esto es comprensible, porque, en contraposición a una lectura economicista del liberalismo, sus principios originales no se derivan de consideraciones acerca de cómo se deben dar las iniciativas dentro del juego del mercado, sino de cómo deben ser concebidas la individualidad humana, sus facultades y necesidades en el cotidiano de la vida social.

En el ámbito de las vertientes del pensamiento liberal, uno de los factores que facilitaron mucho la eclosión de interpretaciones distintas sobre el papel del Estado en la protección al consumidor fue la gran difusión alcanzada en el siglo XIX por el utilitarismo de Jeremy Bentham, quien fuera fuente de inspiración no sólo del más renombrado pensador liberal de todos los tiempos, John Stuart Mill, sino también del padre de la salud pública inglesa, Edwin Chadwick. El principio de la utilidad para Bentham consistía en juzgar positivamente una iniciativa individual o pública según su capacidad de contribuir para aumentar la felicidad de la comunidad, o sea, en la medida en que sirve para disminuir el dolor y aumentar el placer de todos. La convicción de que el propósito de una loable política pública es el de incrementar el “bienestar” de la población está presente en toda la obra de Bentham. De esta manera, el objetivo fundamental de las leyes debería ser el de

“... aumentar la felicidad global de la colectividad; por tanto, ellas apuntan en primer lugar a excluir, en la medida de lo posible, todo lo que tiende a disminuir tal felicidad, o sea, todo lo que es pernicioso”⁴².

⁴¹ Una revisión abarcativa y actual de todas las cuestiones referentes tanto a la vigilancia sanitaria como a la defensa de la salud del consumidor, situadas en la perspectiva de calidad de los bienes y servicios de salud, se encuentra en varios artículos reunidos en: *Vigilância Sanitária e Qualidade em Saúde, Divulgação em Saúde para Debate*, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Número 7, mayo, 1992.

⁴² Bentham, J. *Uma Introdução aos Princípios da Moral y da Legislação*, Abril Cultural, Série Os Pensadores, São Paulo, 1979, p. 59

Resulta fácil entender por qué esa forma de racionalizar el objetivo de la función legislativa del Estado abría espacios ideológicos para el ejercicio de la policía sanitaria en Inglaterra, espacios que fueron bien aprovechados por Chardwick para hacer que el Parlamento aprobara el Public Health Act de 1848. Esta ley señaló las instancias estatales responsables por el combate al cólera y otras enfermedades transmisibles, así como asignó poderes para la vigilancia sanitaria del medio ambiente. En la huella de ese intento por el más claro control de las condiciones sanitarias por parte del Estado, fueron promulgadas leyes para el registro y control de la práctica profesional de farmacéuticos (1852) y médicos (1858).

Las preguntas principales sobre protección al consumidor que inquietaron y debatieron las corrientes del pensamiento liberal desde esa época, son las siguientes:

- ⇒ ¿Está el Estado autorizado para prevenir los daños al consumidor evaluando y determinando quién y qué está en condiciones de producir y vender?
- ⇒ ¿Bastará al Estado obligar a que haya una correcta información al consumidor acerca de los daños posibles y que este último, ejerciendo su libre albedrío, se responsabilice por evitar el mal?

Debe agregarse que tales cuestiones no están de modo alguno superadas y permanecen como un actualísimo marco para las leyes y actividades de protección a la salud del consumidor. Si es indudable que tales cuestiones mantienen una conexión con las de la gestión de calidad, debe resaltarse que para justificar una acción del Estado ellas no invocan a la opinión del consumidor, sino al interés público. Claro que el interés público, en este caso, se apoya en la idea de maximizar la felicidad de la comunidad. Pero su justificativa no radica, necesariamente, en la opinión, en las imágenes y percepciones de los consumidores individuales. Tanto en las leyes y acciones de la salud pública cuanto en el área de defensa del consumidor, lo que está implícito es una razón de Estado. El hecho de que esa razón busque sustentarse en principios de autoridad y hasta en el autoritarismo es una consecuencia natural del poder de Estado que ella encarna. Es esta la frontera que se puede esta-

blecer, aún actualmente, entre los intereses de una política pública, en sus intervenciones en el campo de la calidad de los bienes y servicios, y las razones de la gestión de calidad, que se mueve en el reino de la supuesta libertad de mercado.

Algunos de los temas concretos que han sido frecuentemente invocados en ese antiguo debate son el del control de las drogas farmacéuticas y el del control de la profesión médica. La posición de Stuart Mill está inequívocamente expuesta en su ensayo *On Liberty*⁴³. Stuart Mill considera legítimo que el Estado interfiera y legisle para evitar fraudes con los productos, pero no simplemente para prevenir riesgos, pues esto impondría un estorbo a la libertad del propio consumidor. El daño que una droga eventualmente causa al comprador o a terceros no es razón suficiente para restringir el acceso la misma y, por esa razón, no se justifica limitar la venta de venenos por parte de los boticarios. Hay muchos usos útiles posibles de un veneno excluyendo al crimen o al suicidio, y esos usos no pueden ser vedados al consumidor común. En esos casos, la ley debería restringir su acción a la obligatoriedad de colocar una etiqueta en el producto, de modo de advertir al comprador sobre los peligros inherentes a la droga.

En materia de política de defensa del consumidor, Stuart Mill se limitaba a recomendar el combate al fraude y a propugnar que los productores difundiesen informaciones correctas sobre las propiedades y riesgos de sus mercancías. Encima de todo, tendría que ser preservada la libertad de elección y de uso de los productos. En esos tres pilares se fundamentó la doctrina adoptada por los defensores liberales de los intereses del consumidor.

En el campo de los servicios de salud, la libertad de elección se extendió, naturalmente, a los profesionales de salud. En este sentido, ciertos liberales radicales como Adam Smith y Cabanis llegaron a defender la abolición completa de las prerrogativas profesionales. Adam Smith⁴⁴ creía que el establecimiento de grados académicos o la obligatoriedad de registro junto a entidades gubernamentales o civiles constituía una "perturbación intolerable" al proceso de libre elección por el cual los

⁴³ Mill, J. S. *On Liberty*, Penguin Books, 1987, pp. 63 ss.

⁴⁴ Sobre la polémica de A. Smith con Cullen ver Cowen, D. L. -"Liberty, Laisser-Faire and Medicine in Nineteenth Century", *Bulletin of the History of Medicine*, 43(1): 30-40, 1969.

consumidores se tornan aptos a evaluar el mérito de cada profesional. Adam Smith se preocupaba particularmente con el papel de los gremios y de las academias científicas que entonces brotaban en toda Europa y parecían peligrosamente mimetizar el comportamiento de los gremios medievales. Polemizando con Smith, el médico inglés William Cullen le ofreció como argumentos todo aquello que las corporaciones médicas no se cansaron de repetir a lo largo del siglo XIX: la población es incapaz de juzgar correctamente los méritos de los practicantes de la medicina y se encuentra en manos de ineptos e ignorantes. Es decir que los consumidores no poseen el conocimiento técnico para poder evaluar la propiedad y el valor del cuidado médico. Solamente el Gobierno y su legislación pueden garantizar tanto la seguridad del ciudadano como la efectiva utilidad del arte médico creando requisitos de competencia y de legitimación.

La oposición al control del ejercicio de las profesiones, que también encontraba inspiración en el anti-corporativismo impulsado por la Revolución Francesa, obtuvo numerosos seguidores en el Brasil y fue el punto de vista que prevaleció luego de la instauración de la República. Nuestros liberales radicalizados hicieron incluir en el texto de la nueva Constitución el siguiente precepto (Artículo 72, párrafo 24): "Es garantizado el libre ejercicio de cualquier profesión moral, intelectual e industrial". Es sorprendente tomar conocimiento de que esa tesis haya sido expuesta y defendida arduamente por un médico, Miguel Lemos, clínico carioca de renombre nacional. Junto con otros propagandistas del Apostolado Positivista que habían tenido un papel fundamental en la aprobación de ese tópico de la Constitución de 1891, Miguel Lemos adoctrinaría al respecto del "principio de la completa libertad profesional y, por lo tanto, de la necesaria abolición de los privilegios académicos y escolares"⁴⁵.

La postura de las entidades médicas era otra, naturalmente. En un discurso pronunciado en 1897 como presidente de la Academia de Medicina (que recientemente había sustituido el adjetivo "Imperial" por "Nacional" en su nombre), Carlos Seidl⁴⁶ registraba resignadamente que, a pesar de todas las comisiones

⁴⁵ Cf. Dunnoyer y J.B. Seneuil, *A Liberdade Profissional y os Privilégios Escolares y Technicos*, Apostolado Positivista do Brazil, Rio de Janeiro, 1899.

⁴⁶ *Annaes Brazilienses de Medicina*, Tomo XII, V. 81, 1897.

dirigidas al Gobierno por la Academia y por la Orden de los Abogados, ..."es bien posible que salga victoriosa la teoría esdrújula y paradójica de la libertad incondicional de las profesiones". Evidentemente, estaba equivocado en su pronóstico, ya que todo el desarrollo ulterior de nuestra sociedad se dio en el sentido de fortalecer la "reserva de mercado" aspirada por las organizaciones profesionales. En esto no fuimos nada originales si nos comparamos con los países de mayor desarrollo capitalista, a no ser, tal vez, en la manera en que se montó, a partir de la década del 40, la estructura de vigilancia de la práctica profesional, mediante un matrimonio de intereses entre el Estado y las corporaciones, del que se originaron los consejos profesionales. En verdad, los consejos, en su carácter paraestatal, son apenas un ejemplo más de la estrategia que el Estado getulista adoptó de participar indirectamente, pero de forma efectiva, en la regulación del mundo del trabajo.

Esas consideraciones anteriores, un tanto disgregadas, sobre la reglamentación de las profesiones de salud, sirve solamente al propósito de ilustrar las dificultades del pensamiento liberal para fijar una directriz sobre la capacidad o incapacidad que tiene el consumidor para evaluar la calidad de los servicios de salud que le son brindados. De hecho, el argumento de que el consumidor de salud es particularmente "vulnerable" al mercado, es decir, que desconoce totalmente las bases técnicas de la medicina, fue utilizado tanto por los defensores de una regulación estatal más rígida cuanto por los que ansiaban la extensión de prerrogativas corporativas. En el caso del Brasil, el esquema de los consejos federales y provinciales de medicina acabó por atender a los dos tipos de demanda.

La libre producción y comercialización de drogas proscriptas en otros países replanteó al gobierno brasileño decisiones que caen otra vez en las viejas polémicas del liberalismo: ¿Serán suficientes las advertencias y los prospectos bien detallados para prevenir el daño? y, en cuanto a los médicos en ejercicio de la profesión, ¿no se hace necesario reevaluar sus conocimientos y aptitudes frente al constante avance de la ciencia, para que la supuesta calidad de su fuerza de trabajo sea de hecho una garantía de buenos servicios a los usuarios? ¿Será suficiente garantizar información para los consumidores y formación para los médicos?

Esos son algunos de los temas candentes que resurgen actualmente a partir de la proclamación del principio de vulnerabilidad del consumidor de servicios de salud. De un modo general, no estamos preparados, en términos de conocimiento de la situación existente, para enfrentar tales temas. Asimismo, nuestras propias academias no tienen tradición de análisis de los aspectos del consumo de masa de los servicios de salud. La garantía de calidad de salud en cuanto disciplina es todavía poco estudiada entre nosotros y son raros los diagnósticos globales de calidad de los servicios de salud⁴⁷. Es que durante años los estudios académicos se orientaron a diseccionar la direccionalidad de las políticas públicas y de la estructura de los servicios de salud, pero poco se avanzó en la comprensión de la interfase prestador-consumidor, a excepción de lo que concierne a los aspectos de educación sanitaria. En parte, esto puede atribuirse a un cierto "obstáculo epistemológico" dado por la preponderancia extraordinaria de lo colectivo en detrimento de lo individual, de una salud pública que injustificadamente se divorció de la clínica. Pero es preciso asumir que no podemos continuar hablando en CCT y quejándonos en los medios académicos sin replantearnos los hechos clínicos reinterpretándolos a la luz de la epidemiología y de las contribuciones de los estudios sobre garantía de calidad en salud.

LA LEGITIMACIÓN DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR DE SERVICIOS DE SALUD

Por encima del dilema liberal de intervención o no del Estado en la protección de los intereses del consumidor, lo que parece necesario es reanalizar esa situación a la luz de los derechos que los propios consumidores hicieron valer en la historia reciente de la sociedad capitalista. La discusión usual del supuesto estado particular de vulnerabilidad del consumidor de salud sirvió, como fuera descripto, para mantener y ampliar los monopolios de los profesionales de salud. Pero, afortuna-

⁴⁷ Uno de los pocos diagnósticos abarcativos de la calidad del sistema de salud en el Brasil fue realizado para el Banco Mundial y no tiene versión disponible en portugués; ver Silver, L. *Quality Assurance in Health Care, Issues in Health Care Delivery and Finance in Brazil*, mimeo, Río de Janeiro, 1992.

damente, hoy tiende a asumir colores socialmente más progresistas. Pasa, ahora, a estar marcada por todos los avances vinculados a la reciente reintroducción de las cuestiones éticas en la sociedad y que surgen, inclusive, de pensamientos y actitudes innovadores adoptados por los médicos. Por otro lado, se incorpora con gran peso dentro del panorama promisorio que está siendo creado por las conquistas del movimiento nacional e internacional en defensa de los derechos del consumidor.

Un ejemplo de la primera alternativa de abordaje del asunto fue dado hace poco tiempo por el Consejo Federal de Medicina, el cual, trascendiendo los estrechos límites de la ética profesional, convoca a sus miembros para reflexionar sobre un nuevo concepto, el de Bioética. Definida en una reciente enciclopedia, que reunió el trabajo de cerca de 300 autores, la bioética es “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de los cuidados de salud, en la medida en que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”⁴⁸.

¿De dónde surge la Bioética? Joaquim Clotet enuncia varios determinantes relacionados a la evolución de la práctica de las ciencias médicas y de la clínica, entre los cuales citamos los que, según él, están asociados a la emancipación del paciente:

“El énfasis social y político por el reconocimiento de los derechos fundamentales de las personas, sin distinción de clase, sexo y edad, está también repercutiendo en el mundo de la medicina. Esta no permanece ajena al lenguaje de reivindicación de los derechos. Expresiones como: consentimiento informado, principios de independencia o de respeto a la autonomía del paciente son nuevos en la ética médica, desconocidos por la tradición hipocrática y fruto del influjo de las ideas sociales y políticas en la teoría y praxis médica”⁴⁹.

No deja de ser extraño que la medicina deba confesar que jamás reconoció históricamente esa condición básica de ciudadanía, la autonomía del paciente. No obstante, ello es enteramente verdadero, pues uno de los aspectos en donde más se esmeró la práctica médica liberal, fue apenas en sentido de

⁴⁸ Clotet, J. *Por Que Bioética*, in *Bioética*, Revista Publicada por el Consejo Federal de Medicina, Brasília, Vol. 1, N. 1, 1993, p. 16

⁴⁹ Idem, p. 14

consagrar en doctrina el derecho a la libre elección del médico por el paciente. Autonomía para elegir al proveedor de servicios, pero no de arbitrio sobre lo que puede y debe ser hecho por la medicina a su cuerpo y mente. Más extraño aún es el ignorar el derecho de autonomía de quien es legítimamente un coprestador del servicio, puesto que no puede haber rehabilitación o prevención adecuadas sin la cooperación inteligente del paciente y de sus familiares.

Por lo tanto, la preocupación con la calidad implicará, dentro de la colectividad institucional de prestadores y usuarios, un doble proceso de reindividualización: del prestador, que usufructuará el derecho de enorgullecerse de su trabajo, y del paciente, que reasumirá el derecho de opinar y escoger entre procedimientos alternativos, concientizado del riesgo que incluye cada uno de ellos y predispuesto a colaborar, con su capacidad de discriminación, en el propio proceso de diagnóstico y terapia.

En un texto editado en 1992 por consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que aborda los fundamentos de la garantía de calidad para fines de acreditación hospitalar, tales derechos son explicitados en los siguientes términos:

“El paciente tiene el derecho de participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Hasta donde sea posible, esto debe ser basado en una explicación clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier tipo de riesgo de muerte o de reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible alta satisfactoria. El paciente no deberá estar sujeto a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente y sano, o el consentimiento de su representante legal autorizado. Cuando existan alternativas médicas significativas para su tratamiento, estas también deberán ser informadas al paciente”⁵⁰.

En otro documento, divulgado también por la OPS, los autores recuerdan que, aunque fructifique en las dimensiones de la subjetividad de agentes y prácticas de salud colocados en una relación

⁵⁰ Novaes, H. M & Paganini, J. M. *Garantia de Qualidade Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe*, OPS y Federação Brasileira de Hospitais, Série Silos 13, 1992.

interpersonal con los consumidores, la nueva ética no puede dejar de estar relacionada a los objetivos y límites de la tecnología:

“El trazo más típico del trabajo médico, por lo tanto, debe ser reespecificado como el de un trabajo donde ética y técnica son recíprocamente dependientes, necesariamente dependientes, como los lados de una misma moneda”⁵¹.

Avedis Donabedian⁵², que es el más renombrado investigador de los problemas de garantía de calidad en salud, subraya que la contribución del consumidor al acto de salud se da simultáneamente en las tres dimensiones en que tal acto puede ser desdoblado: en el trabajo técnico, en la relación interpersonal y en las comodidades que rodean al cuidado. En cada una de esas dimensiones, el consumidor vivencia algo que, sumado, hace de él alguien capaz de contribuir en la definición de lo que sea calidad y en la propia evaluación de calidad en la atención que le es prestada. Donabedian no deja de tener en cuenta los argumentos usuales acerca de la fragilidad y de la parcialidad del juicio del consumidor de salud, temas tales como el de la tecnicidad esencial del acto y la tendencia a sobreestimar tanto el valor de la asistencia de por sí, cuanto los aspectos simplemente “cosméticos” del cuidado. En lo que respecta a la mencionada vulnerabilidad del consumidor de salud, conviene transcribir su opinión por entero:

“No hay razón para creer que los consumidores sean tan ignorantes respecto de los procesos de calidad técnica del cuidado cuando la situación es familiar y, particularmente, si una experiencia previa de buen cuidado sensibilizó adecuadamente al paciente. Pero, en una forma más fundamental, la calidad del acto técnico en salud no es definida por lo que es hecho sino por lo que se consigue. Y los consumidores están en situación privilegiada para decir qué resultados deben ser buscados, qué riesgos pueden ser aceptados en contraposición a las expectativas de beneficios y a qué costo”⁵³.

⁵¹ Scrhaiber, L. B et al. *Os Desafios da Educação Médica frente aos Novos Paradigmas Econômicos e Tecnológicos*, Programa de Recursos Humanos, OPS, Washington, s.d.

⁵² Donabedian, A. *Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role*, *Quality in Health Care*, 1992, 1: 1-5

⁵³ Idem

La única manera adecuada de actuar en esa situación de la proclamada vulnerabilidad de los consumidores de salud es, en primer lugar, resaltar, como lo hace Donabedian, que la capacidad de juicio objetivo es mayor de lo que se suele admitir; en segundo lugar, es preciso reconocer que esa situación tiene una equivalencia con la de los consumidores en general de bienes y servicios en la sociedad; finalmente, se debe pautar la acción en ese campo por las mismas estrategias usadas por el movimiento de defensa de los consumidores, lo que incluye, de manera destacada, el derecho a la educación para el consumo.

El concepto de vulnerabilidad del consumidor en general está en el corazón de los principios que hoy sustentan derechos consagrados en el Código de Defensa del Consumidor. Conforme fue dicho en el capítulo-segundo de aquel código, es objetivo de la política nacional de relaciones de consumo el "reconocimiento de la vulnerabilidad del consumidor en el mercado". En la edición comentada hecha por el Instituto Brasileño de Defensa del Consumidor, se lee lo siguiente a ese respecto:

"Vulnerabilidad del consumidor: este es el concepto fundamental del Código, que justifica todos los derechos otorgados al consumidor y todos los deberes imputados al proveedor.

El concepto de vulnerabilidad está asociado al hecho de que el consumidor es la parte más débil en la relación de consumo; él no detenta las informaciones sobre el producto o servicio que adquiere, no conoce las implicaciones técnico-jurídicas de un contrato y está expuesto a la acción de la publicidad engañosa y abusiva"⁵⁴.

Es importante mostrar que muchas de las relaciones usuales de consumo de todos los tipos de servicios expone al consumidor a una situación de gran dificultad para formar un juicio sobre la calidad de lo que es comprado con su dinero. Un buen ejemplo es el taller de mecánica de automóviles que, por coincidencia, son a veces denominados de "motoclínicas". ¿Será más fácil para el lego en mecánica juzgar la conveniencia y propiedad de los servicios de una "motoclínica", que para el lego en medicina hacer lo mismo cuando se encuentra en una clínica de

⁵⁴ IDEC. *Código de Defesa do Consumidor, Anotado y Exempificado pelo IDEC, ASV, São Paulo, 1991.*

verdad? En esas situaciones, la personalización de la relación de consumo ("mi mecánico" como "mi médico") como confianza técnica, está lejos de ser un sustituto adecuado del juicio de calidad. En el caso de los servicios de mecánica de automóviles, es más fácil tomar una "decisión inteligente" por la compra de un nuevo modelo, inclusive cuando no se conoce nada sobre mecánica: es que, en este caso, hay abundancia de informaciones y de evaluaciones técnicas dirigidas al consumidor. Por lo tanto, la vulnerabilidad del consumidor es algo universal, pero es relativizada progresivamente por la cultura, por la acción del *mass-media* y por los esfuerzos de informar al consumidor que se realizan en cada área específica de consumo.

En Brasil no faltan canales de divulgación y popularización de los conocimientos sobre los progresos de las ciencias médicas y las conquistas tecnológicas en diagnóstico y terapia de las denominadas enfermedades de la modernidad. Pero hay una increíble carencia de iniciativas para la información selectiva y específica al consumidor concreto de bienes y servicios de salud. Considérese un ejemplo simple: en cualquier ciudad del Brasil rápidamente un turista puede tener acceso a un catálogo de los hoteles disponibles, con comodidades y servicios especiales y ya previamente jerarquizados según su calidad. Pregúntese en dónde una embarazada y su marido pueden informarse de forma similar sobre lo que ofrecen y cómo se clasifican los hospitales de su ciudad...

En parte esa precariedad en el uso de la información para el consumo puede ser atribuida a la debilidad asociativa de los productores de servicios de salud y al bajo nivel de competitividad existente en esa esfera. No obstante, es preciso reconocer que es también resultado de nuestra cultura de constante negligencia con la visión y los intereses del consumidor. Es más probable que una información como esa surja en el futuro no del Gobierno ni de los prestadores, sino de entidades civiles, que deberían ser creadas con la función específica de defensa del consumidor de salud. La organización Public Citizen, fundada en los Estados Unidos por Ralph Nader, y que actúa también con mucho suceso en el campo de la salud, llevando al conocimiento público los resultados de innumerables investigaciones sobre seguridad en el uso de drogas y calidad de los servicios de salud en los diversos estados, es una iniciativa civil ejemplar que no puede dejar de ser mencionada en este contexto.

No obstante, cabe observar que aun en los segmentos más competitivos del mercado de salud en el Brasil, como el de la industria de medicamentos, continúa igualmente ausente el interés en conocer mejor todos los vínculos reales entre proveedor y cliente, principio que es una de las piezas fundamentales de la transformación gerencial para la calidad. En su libro *Abriendo la Empresa para el Consumidor*, María Lucia Zülke, que actualmente ejerce funciones de *ombudsman* del laboratorio Rhodia, da un testimonio muy instructivo de cómo ese relacionamiento es menospreciado dentro de las estrategias comerciales de esas empresas. En su etapa de admisión a aquella empresa, ella tuvo divergencias con ejecutivos que insistían en afirmar que “nuestros consumidores son los médicos y las farmacias, punto”. Ella comprendió así, que la industria farmacéutica, por un sesgo más o menos consciente, poco se preocupa con aspectos de practicidad en el uso de sus productos por los consumidores finales y, por otro lado, tiende a ignorar la extensión del problema de la automedicación en las circunstancias sociales que prevalecen en el Brasil. En esto dejan de considerar, según aquella autora, toda la gama necesaria de informaciones que debería incluirse en los prospectos:

“Yo formo parte de la corriente que defiende el mayor número de informaciones explicitadas en lenguaje claro, permitiendo al paciente un control de lo que ingiere. Los ejecutivos de las industrias, en aparcería con algunos segmentos de la clase médica, entienden que con eso estimulan la automedicación y asustan a los pacientes con los efectos colaterales, sugestionándolos”⁵⁵.

Hubo en la historia reciente del desarrollo del Sistema Unico de Salud en el Brasil y por cuenta de una insistencia de principio sobre el control social, un reconocimiento creciente de la importancia del consumidor directo como un actor que regula la prestación de servicios de salud. En este papel actúa esencialmente un plano político, a través de sus entidades sindicales y vecinales o, más específicamente, al participar de forma representativa en los consejos de salud. Pero el papel del consumidor

⁵⁵ Zülke, M. L. *Abrindo a Empresa para o Consumidor, A importância de um Canal de Atendimento, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1991, p. 55*

en la regulación técnica y, por lo tanto, en la contribución inmediata a la elevación de la calidad de los servicios, es un tema que sólo emergió en la década actual. Los esfuerzos del movimiento de Reforma Sanitaria estuvieron concentrados en determinar los deberes del Estado y en explicitar los derechos de los ciudadanos en el control social de los servicios, y esto de forma plenamente justificable, dada la omisión histórica del Estado y las herencias de los regímenes autoritarios. Pero esa participación es incompleta si no atendemos a las nuevas formas de derechos y deberes del consumidor de salud.

Tales derechos y deberes pueden ser expresados en dos dimensiones, conforme intentamos evidenciar anteriormente:

- ⇒ en la interfase con los servicios, extendiéndose como campo técnico de la garantía de calidad de los servicios y como campo moral de la Bioética;
- ⇒ en la interfase con movimientos sociales específicos, extendiéndose como campo político de defensa del consumidor.

LA FUERZA Y LOS RIESGOS DEL NUEVO PARADIGMA

Probablemente el enfoque de CCT se tornará la nueva palabra clave de los servicios de salud en esta última década del siglo. Como ya sucede en otras áreas de la producción económica, ese enfoque se revestirá fatalmente de un gran *appeal*. Será difícil distinguir las iniciativas serias de las que resultarán de la mezcla entre el *merchandising* de las empresas privadas, los intereses clientelistas incorporados a las instituciones públicas y la llama fugaz encendida por las firmas de consultoría. De todos modos, no habrá cómo escapar de lo que para muchos será apenas la manifestación de un modismo más.

De lo que se librarán los propulsores del paradigma es de que se les endilgue el propagar los intereses camuflados del imperialismo americano o japonés. La nueva onda tiene escala mundial y abraza a todos justamente en un momento donde se presenta un desarme ideológico, lo que le es muy favorable. No es que debemos aceptarla bajo el argumento del fin de las ideologías, sino por la razón de que todas las experiencias recientes

de las sociedades industriales recomiendan que se tome con más cuidado lo que el capitalismo despreció en nombre del lucro fácil y lo que los socialismos ignoraron en las necesidades humanas, reales o imaginarias, en nombre del igualitarismo.

La seriedad en el trato del tema tal vez deba reposar en el mismo espíritu crítico de un Edwards Deming: no hay fórmulas para operar milagros de calidad cuando toda la cultura de la sociedad en general y la específica de cada sector productivo conspira contra ella, o cuando todos están ansiosos por obtener resultados a corto plazo. ¿Será manifestación de pesimismo o de realismo una sentencia como esa?

“Vamos a reflexionar un poco. Aun cuando la administración de una empresa toma en serio los 14 puntos de calidad, productividad y posición en la competencia, el avance será lento, en la mejor de las hipótesis. Son necesarios cinco años para que el departamento de compras aprenda sus nuevas tareas y las ponga en práctica, o sea, cambiar de (a) una busca de precios menores y recompensas comerciales por las mejores ofertas, para (b) comprar con base en las pruebas de calidad, bien como en el precio.(...) Empresas con una buena administración precisarán de cinco años para traspasar las barreras que tornan imposible al obrero que cobra por hora enorgullecerse de su trabajo. Muchas empresas precisarán de diez años”⁵⁶.

¿Qué decir de un sector como el de la salud, donde los trabajadores están muy lejos de tener cualquier uniformidad de intereses y de motivación y en el que, en el plano económico, cuestiones básicas como la del vínculo laboral aún no están resueltas y, en el plano ideológico, una categoría, los médicos, lucha por conservar la ascendencia histórica sobre la tecnología empleada y la prerrogativa de juzgar lo que es conveniente o no para los usuarios?

Tales dificultades no pueden dejar de ser tomadas en cuenta en una larga reflexión que se hace actualmente necesaria para madurar los principios y las estrategias de la gestión de calidad en salud. De otro modo, estaremos endosando un nuevo charlatanismo y legitimando a todos los que se proponen vender el “elixir de calidad”.

⁵⁶ Deming, El p. Cit., p. 114

No hay ninguna garantía de que la gestión de calidad aplicada a los servicios de salud no se torne un fracaso. Podemos indagar, a semejanza de Deming, ¿Cuántos años serán necesarios para vernos en una única aplicación bien realizada de los principios de calidad en el sector salud; pero, para obtener resultados fehacientes y bien difundidos, deberemos esperar diez, veinte años? En países como el Brasil, en los que muchas veces lo que falta en el área pública o privada no es exactamente una gestión de calidad, sino una forma de cualquier gestión eficiente, ¿Cuánto tiempo deberemos esperar?.

No pretendiendo ofrecer una respuesta cabal a tales cuestiones, pero apostando a la importancia del escepticismo crítico, creemos que el paso inicial es introducir una problemática global y radical de la gestión de calidad en servicios de salud, tal como lo intentamos presentar en este conjunto de ensayos.

IV

Trabajo y calidad en los servicios de salud*

EL CONCEPTO DE SERVICIO EN EL NUEVO MUNDO DE LOS SERVICIOS

La expresión servicios de salud tiene la característica de estar profundamente enraizada en el lenguaje técnico de todos los que trabajamos en este multifacético campo de la salud y, al mismo tiempo, de estar ampliamente difundida en el vocabulario coloquial. Su significado lo conocen muy bien, no solamente los que se entrenan profesionalmente para materializarlos de alguna forma, sino también los usuarios que necesitan de ellos y tienen clara conciencia de lo que implica su falta o su mala calidad.

Existiendo de diversas formas tanto en la percepción de los técnicos cuanto en la de los legos, la idea de **servicios de salud** se apoya en otro concepto aparentemente más genérico (pero que en el fondo es bastante complejo): el concepto de **servicio**. Pero, ¿qué son los servicios en general y cuáles son las particularidades de este campo de trabajo y estudio que se destina a la producción de servicios?

Los servicios se definen esencialmente por su **utilidad inmediata**: en primer lugar, sirven en una relación de exterioridad con el usuario para recuperar un bien (ej. el taller mecánico), para preservar un conjunto de bienes (ej. servicios de seguridad en una empresa o de limpieza en un hospital), para

* Este ensayo se basa parcialmente en el artículo "El proceso de producción de servicios de salud", *Educación Médica y Salud* (OPS), 25 (1).1991.

tornar mejor en el plano de la eficacia o de la estética alguna cosa que ya se posee como un bien (es fácil identificar una infinidad de objetos e instrumentos de uso doméstico que eventualmente necesitan ser blanco de un servicio orientado a ese fin).

En segundo lugar, sirven al usufructo más personal, en una relación directa con la personalidad del usuario, en el que el sentido de utilidad está condicionado estrechamente por valores y comportamientos socialmente reconocidos: los servicios del peluquero, del médico, de un hotel, etc.

Todas estas formas de servicios se realizan en la esfera de un consumo privado, individual o colectivo; son de utilidad para los individuos en cuanto consumidores. Por eso suele denominárseles servicios de consumo (o servicios propiamente dichos), contrapuestos a los servicios de producción que se asocian directamente al movimiento de producción y circulación de mercancías en el comercio, el transporte, las actividades bancarias y financieras, etc. Los servicios de consumo constituyen aquí el objeto básico de discusión, dado que a ellos se subordinan las actividades de prestación de servicios de salud.

Hay una antiquísima polémica en torno al carácter productivo o improductivo del trabajo en servicios, esto es, si producen o no eso que los economistas llaman **valor**. Este punto suele generar discusiones extremadamente ociosas y cansadoras que poco o nada ayudan en la comprensión de la dinámica económica de los servicios y del proceso de trabajo en salud. No se necesita entrar en las sutilezas de la teoría del valor, para que se reconozca que los servicios son hoy un importante sector de acumulación capitalista y que, cualquiera sea el mecanismo subyacente, son evidentemente capaces de proporcionar un lucro mayor o menor a quienes invierten en ellos su capital. Lo que importa, por lo tanto, es que se organizan y se conducen económicamente como un ramo de la actividad capitalista cada vez más relevante en términos de su capacidad de absorción de fuerza de trabajo.

En este sentido, hay dos alternativas de análisis: considerar los servicios en general en la sociedad moderna exclusivamente como un ramo de la actividad que se agrega a la dinámica de acumulación capitalista, o considerar que la preeminencia actual de los servicios es indicativa de un cambio más profundo en la propia naturaleza del capitalismo. Defendemos aquí la segunda

interpretación, entendiendo que el concepto de servicio es tan fundamental para demarcar el neocapitalismo, con sus relaciones de producción y clases sociales, como lo fue para Marx el concepto de mercancía en el siglo XIX.

Hay en Marx, en el libro sobre la *Teoría de la Plusvalía*⁵⁷ un esbozo de discusión sobre los servicios, pero como un subproducto de la mencionada polémica acerca del trabajo productivo/improductivo. ¿Qué servicios Marx y los economistas clásicos tienen en mente? Son los únicos posibles en su tiempo: el trabajo del abogado o el médico, como profesionales liberales; las escuelas, las empresas de ópera y de concierto, los empleados domésticos, etc. Entre ellos, Marx menciona con cierta ironía las casas de prostitución. Ejemplos de servicios como esos son siempre retomados con el objetivo de mostrar su posición económicamente secundaria en relación al proceso de producción de mercancías y de valorización del capital. La comprensión de que, aun cuando involucran relaciones capitalistas de producción su importancia económica es relativamente despreciable, hace que no exista en Marx la preocupación por elaborar una teoría completa de los servicios.

Las transformaciones sufridas por el sector de servicios en el siglo actual son de dos tipos: primero, tal cual ocurrió históricamente con la producción de mercancías, estas pasan a adoptar una amplia escala de las relaciones sociales de producción capitalista con los fenómenos clásicos que les acompañan: colectivización del trabajo (cooperación), creciente absorción de máquinas y tecnología, asalariamiento de los trabajadores; segundo, y este es el aspecto más nuevo y difícil de abordar, hay algunas tendencias en curso que hacen desaparecer o relativizan las divisiones tradicionales entre producción de mercancía/prescripción de servicio y entre servicio de consumo/servicio de producción. Vale la pena indicar algunos de los síntomas de este último tipo de cambio, lo que haremos a continuación.

La promoción directa o indirecta por el Estado de los servicios de educación, salud y otros, en interacción con el proceso de ampliación de los espacios de ciudadanía en su

⁵⁷ Ver Marx, K. *Historia Crítica de las teorías de la Plusvalía*, Tomo I, Ed. Brumario, Buenos Aires, 1974, pp.134 ss.

aspecto de derechos sociales reivindicados y conquistados, hace que la esfera de consumo de los servicios adquiera no sólo una dimensión colectiva, sino también que se inscriba como una especie de gasto social de capital indispensable para la reproducción del conjunto de la fuerza de trabajo. Tales servicios organizados e institucionalizados no pueden ser ya reducidos, según algunos autores, a la forma de un consumo individual como mero gasto en el ámbito de la circulación: aparecen como medios de consumo colectivo⁵⁸ y, como gasto de capital, no difieren esencialmente de la compra de servicios de producción.

Los mismos servicios prestados al consumidor privado se dirigen también (y prioritariamente) a las empresas: quien vigila la casa del banquero pertenece a una firma de seguridad que proporciona el mismo trabajo para una industria o un hospital estatal.

El factor esencial de aumento de productividad o de monopolización de la producción económica es un servicio como cualquier otro, tecnología como saber aplicado, *know how*.

La introducción de la informática creó una esfera tecnológica apropiada a la naturaleza de los servicios, pero ésta es usada esencialmente de la misma manera en la producción de mercancías. La informática unifica tecnológicamente tanto los mecanismos de producción de cualquier tipo de bien o servicio, como unifica la lógica de su control a través de la gerencia.

La creación del *software* y su mantenimiento combinan de modo claro las características de la producción de mercancías con las de la prestación de servicios.

La tecnología moderna hace que tanto la producción de mercancías cuanto la prestación del servicio dependan cada vez más del capital fijo en la forma de máquinas automatizadas: realizar la utilidad de esos bienes, con poca o ninguna mediación de trabajo vivo, es objetivo común de los dos procesos. Un negocio de videojuegos se asemeja, en ese particular, a una línea de montaje robotizada.

En el concepto de contrato de compra y venta de un bien, está cada vez más presente una relación jurídica y económica, que combina la oferta tanto del valor de uso objetivo (la

⁵⁸ Ver Lojkin, J. *O Estado Capitalista e a Questão Urbana*, Martins Fontes, San Pablo, 1981, pp.121 ss.

mercancía propiamente dicha) cuanto la prestación de ciertos servicios de mantenimiento y reparación a ser realizados en el futuro. La noción de garantía de calidad abarca la prestación eventual de tales servicios, volcados directamente hacia las necesidades del consumidor y las particularidades de la esfera del consumo.

Así, la tradicional contraposición entre servicios e industria va siendo relativizada y, en ciertos casos, aparentemente desaparece: lo que se compra ahora no es más una mercancía dotada de una objetividad pura, sino un paquete que es el cuerpo concreto del bien y agrega un conjunto de servicios efectivos o eventuales. Examinando más allá de la esfera de la comercialización y del consumo, esa distinción tradicional también tiende a desaparecer debido a las características de los procesos de trabajo que les dan origen.

Organizados en forma capitalista, los servicios pasan por una radical integración a la economía que se manifiesta en múltiples direcciones, conforme consta en ejemplos del área de salud:

- ⇒ la base técnica del servicio, aunque aún dependa en mayor o menor extensión del consumo del trabajo vivo, se amplía con el uso de mercancías en la forma de instrumentos o insumos efímeros: los servicios de salud se tornan uno de los brazos mercantiles del sector industrial productor de medicamentos y equipamientos;
- ⇒ hay una especialización dentro de la división social del trabajo en servicio, o sea, el servicio se integra con otros servicios: el hospital contrata empresas de limpieza, de alimentación, de seguridad, auditoría, etc;
- ⇒ el servicio de consumo se extiende a la órbita de la producción de mercancías: un prepago de salud que antes atendía a afiliados individuales, establece ahora un convenio con industrias para dar cobertura a sus trabajadores;
- ⇒ las formas de organización autónomas son gradualmente desplazadas o se subordinan como línea auxiliar de las formas colectivas: el médico, como productor aislado, puede ser acreditado por el sistema mutual o el seguro prepago privado, para aumentar la cobertura potencial de la medicina institucionalizada;

- ⇒ las formas populares o no organizadas se incorporan como discreto apéndice del sistema legitimado: la “medicina natural” ya puede encontrarse en muchos centros de salud oficiales (aunque sea para efectos de demostración propagandística).

Esos cambios estructurales consolidan la capacidad de generar empleos por parte del sector de servicios y lo tornan un importante contribuidor al llamado proceso de terciarización del trabajo y del empleo en la sociedad moderna. En cuanto a las actividades en el sector agropecuario, presentan tasas francamente negativas de evolución del empleo y la industria se muestra relativamente estable en este aspecto, el conjunto de actividades del sector terciario (incluyendo comercio y finanzas) exhibe altas tasas de crecimiento de su población ocupada. Entre 1970 y 1980, en Brasil, la población económicamente activa del sector terciario aumentó en 80% comparada con el 52% de la media del conjunto de la economía. El crecimiento de la ocupación en salud fue aún mayor: pasamos de 560.000 trabajadores a 1.200.000 (lo que significa un aumento de cerca del 110%). Entre nosotros, de cada 100 trabajadores, 4 están ocupados en actividades relacionadas directa o indirectamente con salud. En los Estados Unidos, esa proporción es mayor, de 7 a 8%.

Se puede ahora tratar de responder a la siguiente cuestión: a pesar de que las diferencias entre producción de mercancías y prestación de servicios son relativizadas a lo largo del desarrollo capitalista, ¿en qué sentido el proceso de trabajo en salud se asemeja al trabajo industrial o qué tiene de específico?

La referencia indispensable para iniciar esta discusión es, como se sabe, el capítulo V de *El Capital*. El proceso de trabajo tiene ahí una matriz mucho más clara a pesar del esfuerzo de abstracción: es primordialmente el trabajo en la industria y secundariamente en la agricultura. De todos modos, ese capítulo se inicia con la distinción de los elementos que forman parte de cualquier forma de trabajo productor de valores de uso objetivos (por lo tanto en cualquier latitud social): la actividad humana, la materia sobre la cual se ejerce y los medios de trabajo. Marx confiere importancia a dos aspectos en particular: 1) aquello que podría llamarse hoy técnica del proceso de trabajo: la anticipación del objetivo y el uso apropiado de los instrumentos, 2) la

generación de un nuevo producto como transformación de la materia, pero que tiene la propiedad de algo hecho para satisfacer alguna necesidad social.

Así, en el esquema teórico diseñado por Marx, el trabajo es un acto técnicamente orientado, que hace uso de instrumentos y absorbe materiales diversos. Pero está en curso un proceso de transformación del cual resulta un producto determinado y concreto, un bien externo al productor y al consumidor.

Esa doble dimensión de la producción de valores de uso no tiene una correspondencia sino parcial en el proceso de prestación de servicios de salud. En cualquier acto de salud, está siempre presente la direccionalidad técnica, "el ardid de la razón", para usar la expresión hegeliana. Las propiedades bioquímicas, fisiológicas anatómicas, etc. del organismo humano son invocadas por quien produce servicios de salud y algún tipo de instrumento (físico o químico) que es empleado para ciertos propósitos. Evidentemente, lo que se busca es una transformación útil, pero se trata de una utilidad profundamente mediatizada por actos parciales (pasando por el diagnóstico, por ejemplo) y por expectativas que no siempre se cumplen. Cada acto técnico tiene su fin parcial y puede tener su particular transformación útil, como se verá más adelante, pero la utilidad final (como expectativa del usuario) está separada de ellos por el tiempo y por un muro de subjetividad: el paciente espera que todos esos procedimientos de laboratorio, rayos X, medicamentos, cirugía, etc. lo liberen de ese problema que tiene en el estómago... ¿Y quién le garantiza que estará bien al final de esta maratón, pasados los numerosos exámenes, consultas, etc..? Lo importante es que el individuo aparece como consumidor de cada uno de estos actos aislados. Esto es diferente de lo que ocurre con el producto industrial: en la industria, a pesar de que el trabajo también se realiza por una multiplicidad de acciones aisladas, lo que se consume y de lo que se tiene expectativas de utilidad es sobre el producto final.

La otra dimensión referida, la de transformación, asume, en los servicios de salud, formas bien particulares que deben destacarse. Veamos algunas:

- ⇒ Ella puede acarrear la creación de valores de uso objetivos, pero que son productos no mercantiles: una placa de rayos

- X, un aparato de yeso, una prótesis dentaria, etc, son productos que tienen la objetividad de las mercancías, pero no la universalidad de su valor de uso. En cuanto una mercancía sirve para cualquier persona, productos como estos son de utilidad restringida a cada individuo.
- ⇒ La transformación global, mientras tanto, resulta de la sumatoria de los efectos inmediatos (como un examen de diagnóstico en una cirugía) o mediatos (como una terapia medicamentosa), siendo la utilidad de ellos asumida por quien ejerce técnicamente esos actos y presumida por quien los consume. De esto resulta que los servicios de salud, en tanto objetos de consumo, tienen una característica de **fragmentariedad** que será analizada con detalle más adelante.

Desde el punto de vista de la racionalidad del proceso de trabajo, la prestación de los servicios de salud, en condiciones capitalistas, tiene también, como la industria, su marca registrada: la cooperación. La cooperación en el trabajo en salud es más aparente en el caso de los hospitales modernos. Se considera, por ejemplo, la división de trabajo entre los médicos, personal de enfermería y otros auxiliares técnicos en un servicio. Cada uno ejecuta una tarea parcial, pero integrado a los demás concurriendo a un fin común. De allí la jerarquía técnica y gerencial que mimetiza perfectamente la organización taylorista del trabajo en una industria. Las funciones más complejas e intelectuales son distribuidas a los médicos y a otros profesionales de mayor calificación, de quienes emanan las órdenes de diagnosis y terapia, en cuanto una amplia base de auxiliares ejecuta tareas rutinarias. A algunas de las categorías del servicio se les adjudica la misión de cuidar el correcto cumplimiento de las órdenes, ejerciendo la supervisión inmediata de acuerdo con parámetros técnicamente consagrados o normas institucionales particulares.

En primera instancia, es establecida una división técnica vertical del trabajo, porque dentro de cada subunidad hay equipos que actúan integrando tareas en su propia jerarquía en el espacio físico-técnico que le está reservado: equipos de enfermería, de ambulatorio, de laboratorio, de los sectores de lavandería y esterilización, etc. Pero como cada una de esas

subunidades está de algún modo integrada a las demás, hay paralelamente una división horizontal del trabajo, que concatena los diversos servicios. Las ventajas del taylorismo en los servicios de salud son bastante celebradas: los efectos de la cooperación se hacen sentir no sólo como aumento de la productividad, sino en el uso parsimonioso del trabajo calificado, puesto que la división vertical ahorra ese tipo de fuerza de trabajo (que, por regla general, tiene un precio más alto en el mercado), llevando a concentrarse en las acciones más especializadas. A fin de garantizar las virtudes del trabajo cooperativo, las unidades de producción de los servicios de salud utilizan dos turnos: introducen la división social del trabajo que les es preexistente cuando ponen en actuación conjunta profesionales que, por tradición, pueden operar aislada y autónomamente: el médico y el dentista, por ejemplo, o promueven la creación de ocupaciones que son un resultado directo de la redivisión de tareas dentro de la unidad: los "atendentes" de enfermería, por ejemplo.

La ampliación de la división técnica del trabajo en salud se presenta, naturalmente, en esas dos direcciones referidas. En sentido vertical, aumentando las ocupaciones y los tipos de trabajadores que participan de una determinada jerarquía en una unidad de cuidado intensivo; en vez de ampliar constantemente enfermeros de formación universitaria, se pasa a adoptar una categoría especial de auxiliares, bajo supervisión. Y en sentido horizontal, haciendo aumentar la diversidad de subunidades que participan del cuidado en salud, en general por una imposición de orden tecnológico; en un hospital se crea el sector de tomografía computada que se agrega, sin desplazarlo tecnológicamente, a los recursos relativamente más tradicionales de radiodiagnóstico; otro sector presenta sus propias exigencias de personal. Así, nuevos servicios parciales son establecidos y reconocidos técnica y socialmente como necesarios y este movimiento de agregación sumativa de recursos tecnológicos y de nuevos trabajadores viene a constituir uno de los motores propulsores del acelerado incremento del empleo en salud, generando igualmente nuevas variedades de "trabajo en salud".

Todas esas ventajas aparentes del taylorismo en la organización del trabajo en salud son mantenidas en nombre de la productividad, pero son tomadas únicamente en su sentido financiero, de reducción de los costos de uso de la fuerza de

trabajo calificada. Esta aparece como una justificativa económica de racionalidad en medio de una extrema diversidad de procesos de trabajo y de categorías de trabajadores. La jerarquización creciente de la tareas sería necesaria, porque está determinada imprescindiblemente por la diversificación incesante de la tecnología. Pero se trata de un sofisma, porque la tecnología es también una modalidad organizacional de combinación entre instrumentos y hombres, de tal modo que es al taylorismo, y no a los avances de la ciencia y de la tecnología, al que se debe atribuir esa multiplicación incontenible de jerarquías funcionales y de categorías de agentes involucrados en el trabajo en salud. Por otro lado, la primacía de lo económico en la administración occidental facilita mucho la persistencia de esa óptica organizacional. Lo que se puede indagar aquí, frente a este escenario, es qué sucederá cuando se abrace el compromiso con la calidad en los servicios de salud.

LA HETEROGENEIDAD DE LOS TRABAJADORES Y DE LOS PROCESOS

El concepto de **trabajo en salud** es de origen relativamente reciente en la literatura de salud colectiva en Brasil. En la década del 70, las preocupaciones teóricas en relación a los procesos de trabajo en el área de salud se concentraban nítidamente alrededor de la práctica médica y de sus determinaciones históricas. Se explica así el subtítulo de la obra pionera de Ricardo Bruno Gonçalves⁵⁹, "raíces sociales del trabajo médico". Para nosotros, que a lo largo de esta década nos iniciamos en las grandes discusiones teóricas sobre las relaciones entre salud y sociedad, la medicina constituía un objeto privilegiado de análisis entre las varias formas posibles de práctica o de trabajo en el cuidado de la salud. Esa tendencia encontraba respaldo, además, en el estudio clásico de Cecilia Donnangelo⁶⁰ acerca del mercado de trabajo del médico, en el que la autora brillantemente describió toda la trama de determinantes fisiológicas que lo

⁵⁹ Ver Gonçalves, R.B. *Medicina e História, Raíces Sociales del Trabajo Médico*, México, 1983.

⁶⁰ Ver Donnangelo, M. C.F. *Medicina e Sociedade: o Médico e Seu Mercado de Trabalho*, Pioneira, San Pablo, 1975.

conforman, a partir de las evidencias que recogió en la ciudad de San Pablo. Pero no demoró mucho para que los enfermeros pasasen a cultivar su propia óptica particularista: comenzaron también a hablar de **un trabajo en enfermería**⁶¹.

Inspirados por los diversos marxismos de la época, quienes desempeñábamos funciones académicas, estábamos como descubriendo y anunciando entusiastamente al mundo la novedad de que los profesionales de la salud, como todos los asalariados, también trabajan... Hablar del trabajo del médico y del trabajo del enfermero era, así, una manera más de buscar y afirmar una identidad real o imaginaria con la llamada **clase trabajadora**.

Fue apenas durante la década del 80 que buscamos trascender esos particularismos asociados al análisis de las funciones de cada tipo de profesional. Con base en los estudios acerca de la fuerza de **trabajo en salud**, gradualmente introdujimos el concepto más abarcativo de trabajo en salud. Tomando por referencia el fenómeno de gran crecimiento y diversificación de las oportunidades de empleo en servicios de salud en el Brasil, ese concepto pasó a ser usado para describir toda la gama de funciones y actividades que se realizan en los establecimientos de salud⁶².

No obstante, sería legítimo cuestionarse si existe alguna homogeneidad relativa de los agentes, de los instrumentos y de los procesos por detrás de la expresión **trabajo en salud**. Puesto que se colocan sobre ese rótulo cosas tan distintas como los trabajos de lavar las ropas de las camas, de contabilizar los gastos del hospital, de leer una lámina de hemograma, de instalar un equipo de suero parenteral, de examinar físicamente un paciente, etc. En conclusión, hablar del trabajo en salud como un proceso único significa practicar una gran abstracción.

La principal obligación de quien examina todos esos procesos que se agrupan sobre la potencial categoría de trabajo en salud, y los considera en relación tanto a los usuarios como a la articulación entre los profesionales que les dan origen, es asumir la imparcialidad ideológica delante de los intereses corporativos en juego, para justamente reconocer que aquí están

⁶¹ Ver Almeida, M.C.P. *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*, Cortez, San Pablo, 1989.

⁶² Ver Nogueira, R. P. "A Força de Trabalho em Saúde", *Revista de Administração Pública*, 17(3):61-70, julio/septiembre, 1983.

envueltas formas muy distintas de usar las energías, la destreza y el saber de diversos grupos de trabajadores. Al revisar una clasificación más o menos tradicional de las áreas de actividad en establecimientos de salud, nos damos cuenta inmediatamente de esa gran diversidad:

- ⇒ servicios generales: lavandería, hotelería, limpieza y desinfección, seguridad, etc.
- ⇒ servicios de apoyo técnico-administrativo: depósito, registro de informaciones sobre los pacientes, farmacia, transporte de pacientes, etc.
- ⇒ servicios administrativos: contabilidad, planificación, gerencia de recursos humanos, etc.
- ⇒ servicios intermedios de diagnóstico y terapia: análisis de laboratorio, radiodiagnóstico, medicina nuclear, etc.
- ⇒ servicios finales de diagnóstico, terapia y cuidados con los pacientes: consultas ambulatorias, tratamiento en internación, cuidados de enfermería, etc.

Aunque suministran un apoyo a la producción de un determinado tipo de servicio, algunos de esos procesos, como los de limpieza, hotelería y seguridad, al ser analizados en sus métodos e instrumentos, demuestran que no tienen características específicas del sector que auxilian. Procesos similares se encuentran abundantemente en los sectores modernos de la economía de servicios. Tanto es así que una tendencia actual de gestión hospitalaria es la contratación de “terceros” para la ejecución de esas actividades, es decir, su entrega a empresas que se benefician de una economía de escala al prestar servicios idénticos en el mercado. Incluso si se considera que hay algo de particular a ser requerido en la prestación de tales servicios, como el aspecto dietético en la alimentación del paciente internado, esto no llega a constituir un obstáculo técnico en la operación por la empresa externa. En estos casos, se reconoce que el proceso de trabajo en el ámbito hospitalario es funcionalmente equivalente a otros que se dan en el segmento de la economía de servicios generales y, eventualmente, sustituibles por estos.

Otros tipos de procesos de trabajo en salud son teóricamente comparables a los de la industria moderna. En los laboratorios de análisis clínicos, por ejemplo, hay un flujo

continuo y semiautomatizado de trabajo e insumos, a través del análisis sistemático de muestras, lo que puede ser cotejado y equiparado al trabajo industrial, digamos, en una industria bioquímica.

Se verifica así una subordinación a parámetros objetivos de medida de los objetos de trabajos y de los resultados esperados; y hay también un notable grado de control sobre los insumos, sobre la operación de los instrumentos y sobre los consecuentes ritmos de producción, lo que hace que el proceso tenga algo similar al estilo de trabajo fordista en las industrias. Esos procesos tienen una productividad dependiente de avances en el uso de tecnologías automatizadoras y tienden a ser intensivos en el uso de capital fijo, y por lo tanto, poco intensivos en el uso de la fuerza de trabajo. Tal semejanza con el trabajo industrial no excluye, sin embargo, el uso de métodos y parámetros especiales que son los apropiados para los exámenes de las condiciones fisiológicas de los individuos en los estados de salud y de enfermedad.

Un tercer tipo de proceso de trabajo es el que se presenta justamente a través de la atención clínica, quirúrgica y de enfermería. Este es, sin duda, un proceso bastante específico y el hecho de envolver al paciente, su cuerpo y su personalidad, en un papel más o menos activo, lo torna muy diferente de cualquier otro tipo de servicio personal existente en la sociedad moderna. Profesiones como las de barbero, manicura, pedicura y otras relacionadas a la higiene personal, deben reivindicar algún grado de parentesco con los servicios de salud. Hasta podríamos encontrar cierto parentesco histórico en el caso de los barberos. Sin embargo, la analogía de los procesos de trabajo es tan restricta en lo que se refiere a la amplitud de la tecnología y de la fuerza de trabajo empleadas, que no permite ni una sustitución funcional ni que se practique una equiparación desde el punto de vista teórico.

Está asociado a ese proceso particular aquello que se denomina equipo de salud, es decir, los profesionales especialmente preparados para prestar servicios directamente y que atienden las necesidades de los pacientes en sus dimensiones biológica, psicológica y social. No obstante, sabemos que hay una determinada categoría profesional que controla el proceso de trabajo a partir de su autoridad técnica y social: los médicos. Aun

cuando no son propietarios de los medios de producción —dueños de clínicas u hospitales—, los médicos están facultados para comandar esos actos técnicos y en esto se diferencian de los demás trabajadores.

Naturalmente, los médicos aparecen en forma diferenciada en ese equipo, porque la historia de su profesión, de su práctica liberal y la organización de sus intereses corporativos, anteceden y sobredeterminan al aparato colectivo de prestación de servicios de salud⁶³. De esta manera, la diversidad de los procesos de trabajo en salud trasciende a las causas funcionales asociadas a la división técnica del trabajo, revelando su naturaleza político-ideológica. Partir de esa constatación puede igualmente ayudar a determinar las formas más convenientes de intervención en los programas de calidad, dónde serán considerados los conflictos reales y potenciales que aparecen entre los que componen el equipo de salud.

Un presupuesto del análisis de las estrategias de calidad en salud es que se reconozcan y estudien las variadisimas formas de procesos de trabajo que se cruzan en el espacio de un hospital o centro de salud, teniendo en cuenta que esa diversidad tiene un origen técnico y social.

La organización de los trabajadores en grupos de interés refleja esa diversidad con sus raíces histórico-sociales y esto ocurre en prácticamente todos los países del mundo. Un informe de la OIT de 1985, que trata del empleo y condiciones de trabajo en los servicios de salud⁶⁴, afirma que es muy común, en los países donde hay pluralismo sindical, la existencia, por un lado, de sindicatos de profesiones “clásicas” de nivel universitario, como médicos, dentistas, enfermeros, etc. y, por otro, de ciertas entidades orientadas a la defensa de intereses de un conjunto

⁶³ Sobre el concepto de medicina liberal y sobre sus determinantes sociales ver Schraiber, L.B. *Medicina Liberal e Incorporación de Tecnología: Las Transformaciones Históricas de la Autonomía Profesional de los Médicos en el Estado de San Pablo*, Tesis de Doctorado, Área de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo, San Pablo, 1988; ver también nuestro artículo, Nogueira, R.P. “La Medicina Liberal y el Mercado de Trabajo en Salud. Qué es la Medicina Liberal”. *Educación Médica y Salud (OPS)*; 22(3), 1988.

⁶⁴ Oficina Internacional del Trabajo. *Empleo y Condiciones de Trabajo en los Servicios Médicos y de Salud*, Ginebra, 1985.

diversificado de categorías. En los últimos años, como se puede ver en el ejemplo de Brasil, aparentemente viene creciendo la influencia de este último tipo de organización en la negociación de las condiciones de remuneración y trabajo.

Tratar del trabajo en salud como un todo, más allá del trabajo médico y su orientación técnica, reconociendo de entrada la naturaleza heterogénea de los numerosos procesos envueltos, remite a una nueva indagación sobre sus objetivos dentro de una doctrina de calidad. ¿Si la descomposición en tareas parciales parece ser indispensable para el objetivo del aumento de productividad, cómo integrarlas para asegurar el objetivo de calidad? Podemos, entonces, identificar la red de relaciones técnicas que afectan a las propiedades del producto final, subyacentes en los procesos heterogéneos interconectados: ¿De qué modo, por ejemplo, la telefonista que agenda las consultas debe relacionarse con el trabajo de los médicos y los enfermeros?

Aunque puedan parecer desgastados en su uso persistente en el planeamiento de salud, los conceptos de totalidad e integración emergen aquí como referencias decisivas en el abordaje de calidad del trabajo en salud. Un reciente informe, publicado en los Estados Unidos, tiene el sugestivo título: *Putting the T in Health care TQM* ("Poniendo la T en la gestión de calidad total (GCT) del cuidado en salud"). Este trabajo parte del presupuesto que poco puede ser hecho para la gestión de calidad en esos servicios si no se hace un esfuerzo por integrar los diversos tipos de servicios "operativos" y el cuidado clínico. Este informe hace notar que:

*"La integración de esfuerzos de tipo clínico y operacional en GCT significa que todos los profesionales, tanto en servicios clínicos como operativos, compartan una filosofía y un proceso en común para implementar mejoras en la totalidad de la organización. Líderes clínicos son envueltos en la planificación de GCT desde su inicio. El proceso de cambio incluye tanto clínicos como personal operacional y los esfuerzos para ir al encuentro y superar las necesidades de los pacientes son alineados y unificados"*⁶⁵.

⁶⁵ GOAL/QPC. *Putting the T in Health Care TQM. A model for integrated TQM: Clinical Care and Operations*, A GOAL/QPC Health care Application Research Committee Report, Methuen, 1992, p 7.

Resulta interesante leer, en este informe, un pasaje de franca crítica al papel de los médicos, algo poco usual en documentos técnicos de esta naturaleza:

“Mientras que las normas de acreditación hicieron que los médicos se alinearan con las instituciones con el status de ‘cuerpo clínico organizado’, asumiendo responsabilidades legales en relación a la calidad general de los cuidados médicos ante las comisiones de supervisión integradas por legos, continúan manteniendo en su mentalidad la misma autonomía individual y colectiva. No sólo trabajan más para ellos mismos que para la institución, sino que también desconfían de cualquier intervención institucional o administrativa que pueda afectar su autonomía clínica, organizacional o política (por ejemplo, la habilidad de ejercer su poder dentro de la institución)”⁶⁶.

La idea defendida por este comité de asesores para la composición de grupos de control de calidad, es que en ellos deben participar el personal clínico, miembros sobresalientes del equipo de salud y las categorías de apoyo técnico y administrativo, cuando se trata de discutir procesos que dependen de la articulación del trabajo de esas categorías. Se busca de esta manera reproducir la multiplicidad de las determinaciones de un problema dado, reconstituyendo los agentes heterogéneos que participan de cada proceso.

Un objetivo esencial es asegurar que los “clientes internos” manifiesten su opinión y reorienten el sentido de la división del trabajo. Una telefonista o enfermera que agenda las consultas de acuerdo con ciertos criterios de tiempo, disponibilidad de personal, necesidades del paciente, realiza un servicio para un cliente interno, el médico. La calidad del servicio proporcionado a este cliente interno se refleja necesariamente sobre la calidad del servicio prestado al cliente externo. Se presupone que la división interna de tareas contribuya al aumento de productividad y de calidad de los servicios finales, incluyendo el confort proporcionado al paciente por el menor tiempo de espera, por la información proporcionada sobre dónde y cuándo debe presentarse, etc. Si esa articulación entre servicio operacional y servicio clínico llega a fallar, aparecerá un problema que será difícil

⁶⁶ Idem p. 18.

de resolver consultando apenas la visión y necesidades de una de las partes envueltas. De allí surge la propuesta de componer grupos mixtos de análisis de calidad formados tanto por el cuerpo clínico como por el personal operativo, junto con otros integrantes del equipo de salud. El concepto de "cliente", en el sentido amplio aquí definido, sirve para marcar esa interdependencia, no sólo entre trabajo y consumo, sino entre los varios tipos de trabajadores, cuando su articulación apunta a un fin común.

Articular agentes con funciones e intereses tan heterogéneos no es una tarea fácil, ni en la operación real de los servicios ni a través de grupos de análisis de calidad. Un obstáculo nada despreciable anteriormente referido y destacado en el citado informe, es la actuación de los médicos como "agentes organizacionales autónomos".

Por tal motivo, la negociación de cualquier proyecto nuevo entre las instituciones de salud está predestinada, al menos en sus etapas iniciales, a seguir una doble vía: Cómo conseguir que los médicos, por un lado, y los demás trabajadores, por el otro, aprueben y adhieran a la nueva línea propuesta? Es de esperarse que esta duplicidad vaya desapareciendo, a medida que todos unifiquen esfuerzos en torno de la meta común de mejoría de calidad de los servicios.

A medida que el cuerpo médico aparece como cliente interno privilegiado en muchos de los procesos de integración técnico-administrativos, aparece el riesgo de que los grupos de análisis de calidad continúen circulando en torno de los intereses y problemas definidos por los mismos médicos. Pero la estrategia de discusión de los problemas puede contemplar, de entrada, tales dificultades y desarrollar esquemas de discusión que conduzcan a los médicos a encarar la amplitud del conjunto de los trabajos en salud, la contribución de cada miembro del equipo de salud y del personal de servicios generales y administrativos, etc.

Podemos aquí identificar cuáles deben ser los elementos esenciales de una estrategia para la implantación de la gestión de calidad con apoyo en grupos de discusión:

- ⇒ la composición mixta de los grupos debe tener en consideración la inmensa variedad de los tipos de procesos en que se subdivide el trabajo en salud;

- ⇒ la dinámica efectiva de los grupos necesita destacar la porción de utilidad de cada función desempeñada en la organización, tanto por el equipo operacional de apoyo como por el equipo de salud, e identificar sus efectos sobre la calidad de los servicios finales.

LA FRAGMENTACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La gran diversidad de procesos que componen el trabajo en salud sería apenas una propiedad funcional de la producción de tales servicios, un desafío a ser enfrentado en su gerencia, si no implicara simultáneamente el sometimiento del usuario con su personalidad viva a los ritmos diversos de decenas de engranajes parciales que, al interactuar con su cuerpo, producen el efecto útil esperado de los servicios. De hecho, del usuario se espera que cumpla el papel de vivir la lógica de la fragmentación de esos servicios en su propia piel: el ritmo administrativo de la autorización de la consulta y de la espera por la misma con uno, o tal vez, dos o tres especialistas en medicina; el pasaje por numerosas instancias de análisis "complementarios", las entrevistas de orientación con el psicólogo, asistente social, etc.

El usuario se ve obligado a transitar por un laberinto de servicios y obtener una cosa aquí, otra allí, ignorando para qué es realizada cada una de esas intervenciones, y realizada sobre su propio cuerpo. Para colmo, solicitan su participación activa en cada acto! La vivencia del consumidor delante de ese monstruo que es el aparato de asistencia médica se torna más dramática todavía, en la medida en que se espera que él le preste informaciones, siga órdenes y se esfuerze en colaborar.

Sabemos que comúnmente eso implica el desplazamiento físico de un sector a otro dentro de la misma unidad productiva o entre diferentes centros de salud. Tal fragmentación en la estructura de los servicios no siempre corresponde a una exigencia de naturaleza técnica: son ciertos modelos de organización de servicios que traen consigo ese sentido de descomposición extrema de la tareas. En Brasil, por ejemplo, puede observarse que gran parte de los servicios privados de análisis complementarios que mantienen contratos con el sector

público son bastante especializados en cierto tipo de análisis, lo que obliga al usuario a transitar por un gran número de laboratorios y a someterse a rituales fatigantes. Por el contrario, en otros países, muchos de esos servicios son proporcionados por los consultorios externos en forma integrada y, frecuentemente, un único profesional de nivel medio (un asistente médico, como en los Estados Unidos) puede realizar actos diversos como recoger las muestras de sangre y hacer un electrocardiograma con los equipamientos necesarios. Por lo tanto, en estos casos debe considerarse a la estructura de los servicios como una dimensión de calidad, la que precisa ser analizada independientemente de la mecánica de dichos servicios.

De todo esto se infiere que la reintegración física y funcional de los servicios es una exigencia de calidad de los servicios vista desde la óptica del usuario. Se trata de aplicar principios organizacionales que resguarden el confort del usuario y aumenten su percepción sobre el sentido del conjunto de los actos, que en ciertas circunstancias puede implicar centralizar atribuciones dispersas en un único profesional más calificado.

Pero no siempre la reintegración de las tareas parcializadas en un determinado perfil de recurso humano configura el mejor camino. La división técnica del trabajo en salud es un avance incuestionable y sus frutos no pueden ser opacados por el sueño de una época dorada perdida, un comunismo original de las técnicas, perdido por la parcialización de las tareas. Lo que seguramente cabe dentro de la visión de la gestión de calidad es la crítica a la rigidez de la jerarquización taylorista de las tareas, con su repartición entre actos de destreza manual y los que envuelven capacidad de raciocinio.

La herencia de Taylor está aún visiblemente presente en la organización del trabajo en salud, especialmente en la estructura de las funciones de enfermería. Básicamente, el esquema organizacional de Taylor conduce a una separación entre funciones de planificación y ejecución, concibiendo que planificación y supervisión, en forma interconectada, presuponen un nivel educacional ausente en el caso de la gran mayoría de los trabajadores, y que la creación de instancias separadas para el ejercicio de esas funciones intelectuales lleva a un aumento de la productividad. El trabajo en enfermería mantiene aún esa rigidez de separación entre la planificación del cuidado, adscripto a los enfermeros uni-

versitarios, y a la ejecución, delegada a un ejército de asistentes y auxiliares de baja calificación, que realizan actividades de confort en las camas y dormitorios, control de señales vitales, suministro de sueros y remedios, etc. Se puede preguntar cuántos de esos trabajadores de enfermería saben exactamente qué están haciendo y cuál es el alcance de las medidas que aplican.

Las objeciones que pueden formularse a la rígida jerarquización en enfermería son de la misma naturaleza que las que hacen los autores modernos en relación al taylorismo industrial, a saber:

- ⇒ la pérdida de responsabilidad intelectual por los actos conduce a introyectar la norma de productividad, sin dejar espacio a la percepción de circunstancias particulares y necesidades de ajuste del proceso de trabajo que constituyen oportunidades de mejoras de calidad del producto;
- ⇒ la supervisión acaba por asumir la responsabilidad unilateral por la calidad y ella misma, sin una respuesta adecuada por parte del personal de línea, se transforma en una rutina más o menos burocratizada; por lo tanto, la supervisión centralizada retira de los trabajadores (y también de la propia gerencia de la unidad) el sentido de corresponsabilidad por la calidad del producto;
- ⇒ la considerable elevación del nivel educacional de la población trabajadora, que se viene desarrollando paralelamente al proceso de sindicalización y a la presencia del sindicato en el ambiente de trabajo, constituyen condiciones sociales nuevas que favorecen y exigen una nueva filosofía de participación del conjunto de los trabajadores en actividades de tipo intelectual y en las decisiones en cuanto a los métodos y rutinas de trabajo.

¿Podrá la gestión de calidad contribuir a la erradicación, digamos, no del taylorismo como un todo —ya que este afirma tan profundas raíces en el trabajo en salud, lo que sería exigir demasiado— sino de sus peores vicios, los que afectan extensamente al llamado equipo de salud?

V

Los médicos y la gestión de calidad en salud *

CALIDAD EN SALUD - COMPARANDO DOS REVOLUCIONES

Diversos especialistas en calidad industrial y representantes de veintiún organizaciones de servicios de salud de los Estados Unidos, se reunieron en Boston, en 1987, para discutir la siguiente cuestión: ¿Los instrumentos modernos de perfeccionamiento de calidad que ayudaron al sector industrial a alcanzar éxitos extraordinarios en la década del ochenta, siguiendo el ejemplo japonés, pueden igualmente ser útiles en lo que respecta al cuidado de la salud?

Surgió de ese encuentro la propuesta de dar curso a un experimento para evaluar la aplicabilidad de la nueva filosofía gerencial en el área de servicios de salud. Bajo la denominación de National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care, el experimento, con duración de un año, envolvió la formación de un grupo de trabajo en cada organización participante. Los resultados alcanzados sirvieron de referencia para que uno de sus principales colaboradores, Donald M. Berwick, un pediatra de Harvard, escribiese una obra pionera sobre gestión de calidad en servicios de salud conocida como *Curing Health Care*⁶⁷.

* Una versión anterior de este ensayo bajo el título "Os Médicos e a Gestão da Qualidade em Saúde- Superando a Herança Flexneriana?", fue preparada por solicitud del Programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS- Washington).

⁶⁷ Berwick, M. D., Godfrey, A. B. and Roessner, J. *Curing Health Care, New Strategies for Quality Improvement, A Report on the National Demonstration Project on Quality Improvement on Health Care*, Jossey-Bass, San Francisco, 1991.

Berwick inicia la discusión del tema afirmando que el nuevo paradigma provocará una segunda revolución en las relaciones entre medicina y sociedad, comparable a la ocurrida en el inicio del siglo, con los cambios introducidos en la educación médica a consecuencia de la divulgación del informe Flexner.

Recordar a Abraham Flexner, en ese contexto, no es algo casual, pues el movimiento que él desencadenó o ayudó a consolidar puede, en efecto, ser tomado como un ejemplo exitoso de imposición de un patrón de calidad en el área de salud, inicialmente limitado a los aspectos educacionales pero con amplias implicaciones posteriores en el modelo de organización de los servicios. En el interior del universo positivista del flexnerianismo hay una ecuación bien definida en la cual la medicina norteamericana se espejó y se moldeó, imponiéndola al resto del mundo en el transcurso de este siglo: la calidad de la formación en medicina es igual a la capacidad de dominar y de aplicar correctamente los principios de las disciplinas biológicas y de la clínica médica. El juicio presupuesto de la calidad de la práctica médica que allí se origina es también bien conocido, es decir, que es proporcional al tiempo de contacto que sus agentes hayan tenido, y aún tengan de alguna forma, con laboratorios de las ciencias biomédicas y con clínicas y hospitales bien equipados⁶⁸.

La educación médica norteamericana, en el final de este siglo, gira aún en torno al legado epistemológico de Flexner. Cualquier intento de proclamar una nueva directiva para la

⁶⁸ Las recomendaciones contenidas en el informe de 1910, auspiciado por la Fundación Carnegie, fijaron las líneas maestras en que se basaron las iniciativas posteriores de "perfeccionar" la educación médica en los Estados Unidos, con reflejos más o menos poderosos en otras latitudes del continente: a) la necesidad de articular la enseñanza con investigación en las ciencias biomédicas; b) la fundación del curriculum de las disciplinas clínico-quirúrgicas en un hospital de referencia (de porte considerable y dotado de recursos asistenciales apropiados); c) el estímulo a la dedicación de los profesores como un cuerpo de clínicos y de investigadores permanentemente ligados a la institución educativa; d) la elevación del nivel de las credenciales de educación formal para ingreso a la facultad (llegando a plantear a la medicina como un estudio de postgraduación); e) el establecimiento de un conjunto de disciplinas normatizadas y de un periodo de práctica supervisada ("*internship*"). Por el lado del conocimiento, la patronización que siguió al informe Flexner, involucraba a las disciplinas organizadas en el curriculum a lo largo de un periodo lectivo de 4-5 años. Se creaba, así, una referencia unificada de nociones y prácticas que podrían ser comprobadas en los exámenes de habilitación descentralizados promovidos por los State Licensing Boards.

currícula médica comienza inevitablemente por posicionarse en relación a los principios victoriosos de Flexner. Se pueden mencionar, por ejemplo, las propuestas de organizar la estructura curricular no solamente por disciplinas científicas puras y aisladas, sino por problemas de salud relevantes (problem-oriented programs); o inclusive, la línea de creación de currícula basada en entrenamientos en unidades asistenciales diversificadas, incluyendo intensa práctica en consultorios externos y policlínicos comunitarios, que hacen del hospital una etapa y no el epicentro de la capacitación (*community-oriented programs*). Por más apoyo que obtengan de las fundaciones privadas para su difusión dentro y fuera de los Estados Unidos, esas alternativas de construcción curricular permanecen aún claramente periféricas en relación a la hegemonía flexneriana.

La gran mayoría de los estudios realizados recientemente sobre los impactos del informe concuerdan en un aspecto crucial: Flexner tuvo apenas una actuación catalítica en relación a un proceso de restricción de aspirantes a la educación médica que ya se desempeñaba por iniciativa de la profesión desde mediados del siglo diecinueve⁶⁹. Según algunos de esos investigadores, la ideología corporativa utilizó para sus propios fines las conclusiones del informe, generando un modelo de práctica que trasciende los aspectos meramente educacionales y se conforma con alcanzar el objetivo de una hegemonía global sobre las cuestiones de salud.

El flexnerianismo representa, así, antes que nada, una manipulación corporativa de principios educacionales, en relación a la cual el autor del famoso informe, como una persona preocupada con los aspectos formales de los sistemas de educación, no puede ser responsabilizado directamente. Las ciencias de la vida y el conjunto de las técnicas de intervención que se asocian con la clínica médica sirvieron de base para la construcción de un dominio autónomo de los espacios del saber y de las prerrogativas profesionales de los médicos.

⁶⁹ Para esta revisión de los impactos del Informe Flexner, utilizamos las siguientes referencias: Berliner, H. S. "A Larger Perspective on the Flexner Report", *International Journal of Health Services*, Volumen 5, Número 4, 1975; Brown, E. R. "He Who Pays the Piper: Foundations, the Medical Profession, and Medical Educational Reform", *International Journal of Health Services*, Volumen 10, Número 1, 1980; Hudson, R. P. "Abraham Flexner in Perspective: American Medical Education 1865-1910", *Bulletin of The History of Medicine*, Volumen XLVI, Número 6, 1972.

Ese proceso de elaboración gradual de la autonomía en el ejercicio de la profesión y, simultáneamente, de reducción progresiva de sus privilegios, provocada por los cambios tecnológicos y organizacionales de la práctica médica, es el tema de la fascinante obra de Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*⁷⁰.

Como puede ser deducido de la obra de Starr y de otras referencias de la literatura disponible, la estrategia corporativa de construcción de la soberanía profesional contempló, hasta 1960-70, tres movimientos simultáneos que pudieron ser seguidos de éxito:

- ⇒ la subordinación de la estructura de servicios a la hegemonía de los intereses autonomistas de los médicos y de su práctica individual, mediante el amplio dominio técnico-administrativo de los hospitales comunitarios y conservando las iniciativas empresariales restrictas a pequeñas y medianas clínicas privadas locales, sustentadas por los mismos médicos, especialmente como práctica de grupo;
- ⇒ la lucha contra todas las articulaciones en torno de un seguro nacional de salud, propuesta que se volvió la archienemiga de la categoría profesional, en la medida en que su adopción efectiva podría privar la libre-elección de los médicos o imponer formas racionales-burocráticas de gestión de su trabajo en los hospitales y en la clínica privada;
- ⇒ el pacto con la industria farmacéutica y médico-hospitalaria, a través de beneficios recíprocos: la promoción del consumo de los bienes de la industria farmacéutica a cambio de oportunidades de formación y perfeccionamiento científicos, apoyo a las investigaciones, obsequios diversos, etc.

La medicina norteamericana vino a hacer del flexnerianismo una de las bases de sustentación de su extraordinario poder corporativo y de su exuberancia económica, lo que difi-

⁷⁰ Starr, P. *The Social Transformation of American Medicine, The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Basic Books, Nueva York, 1982, p. 118 y ss.

cilmente encuentra paralelo en otros grupos profesionales, tanto en Estados Unidos como en otros países. Es mucho más que un monopolio del saber y de las calificaciones para el ejercicio de la profesión, lo que es común en cualquier organización corporativa de ese género; se trata de que la profesión fue capaz de monopolizar igualmente los criterios con los que el saber es valorizado y transformado en cosa útil para el público. El saber sobre el saber pasó a ser parte de sus privilegios y el cientificismo médico pudo ser visualizado como interés público⁷¹.

En contraposición al flexnerianismo, la revolución de la gestión de calidad de los servicios de salud, según Berwick, tiene precondiciones más amplias, dado que enlaza los cambios recientes en la organización y en el financiamiento de los servicios de salud en los Estados Unidos, con la creciente presencia de controles administrativos y legales externos a la profesión médica. Esa revolución introduce circunstancias nuevas en las cuales la profesión médica deberá prestar cuentas a una instancia externa (gobierno, tribunales, gerentes de las empresas, etc.) sobre las formas en que ejerce sus funciones y prerrogativas. La fijación de un estatuto inédito de *accountability* (expresión para la cual no encontramos aún una traducción adecuada) surge, naturalmente, como contrapartida de la reducción o agotamiento, justamente, de tales valores históricos de la autonomía adheridos, desde el siglo pasado, a la práctica de la medicina en la sociedad.

Los nuevos modelos de organización empresarial de los servicios de salud que emergen a partir de los años 70, introducen un escenario inédito. El poder de arbitrio y control sobre la organización general de los servicios disminuye drásticamente. La fase institucional de los nuevos modelos tiene un nombre propio, Health Management Organizations, los HMO, que funcionan en la base de un presupuesto generado con anticipación a partir de las contribuciones per cápita a un fondo de seguro. Son organizaciones de corte administrativo más moderno, pero muchas de ellas no persiguen el lucro. Las HMO, por motivos variados, rompen el equilibrio de fuerzas en que se

⁷¹ Ver: Stevens, R. *American Medicine and the Public Interest*, Yale University, New Haven, 1978, p. 55 y ss.

pone la autonomía médica en relación al capital. Al operar con base en un *quantum* de recursos disponibles, están interesados en contener costos y estandarizar procedimientos técnicos y métodos de gestión de los servicios. La propia naturaleza de los HMO viene cambiando, en las últimas décadas, por causa de la entrada del capital en el sector. El nuevo capital que aparece recientemente a través de los HMO no es más el de médicos-propietarios, sino el de inversores que implantan cadenas nacionales de grandes hospitales y clínicas integrados entre sí. El asalariamiento de los médicos finalmente se viene empleando como una alternativa real de vínculo con las empresas, en sustitución al pago por acto (*fee-for-service*). Para los jóvenes profesionales, el asalariamiento no aparece como una perspectiva necesariamente sombría, sino como una oportunidad de entrada y permanencia en un mercado de trabajo cada vez más competitivo.

Existe aún el contrapunto jurídico de esa subordinación administrativa, o sea, los riesgos de procesos iniciados contra los médicos por negligencia e impericia. Constituyen, por su importancia económica, imposiciones pesadas a la autonomía total, impuestas por los usuarios de los servicios de salud. Estos, en definitiva, se encargarán de traducir jurídicamente su oposición a la idea de que la medicina dispone de un saber soberano, autorizado con exclusividad a arbitrar sobre lo que conviene o no a sus receptores.

El margen de autonomía de los médicos se redujo dramáticamente debido al surgimiento de esa cultura organizacional y de las nuevas garantías de derechos del consumidor, clima en el cual se mueven actualmente los prestadores de servicios de salud. Es esto lo que justifica Berwick cuando habla de las condiciones renovadas de *accountability* que se imponen desde afuera, como “necesidad de prestar cuentas a alguien”, de ser responsabilizado de una u otra forma frente a instancias tales como la gerencia del capital, el gobierno, los tribunales, los usuarios legalmente constituidos, etc. Son así generados límites muy concretos a los eternos deseos de autonomía de la clase médica.

Descontados los aspectos de la historiografía y de la expresividad relativa de cada actor social, muchos de los elementos que conforman el nuevo escenario en que se insertan los médicos

norteamericanos, pueden ser identificados en los demás países del continente, en los cuales también aún hoy se siente claramente el peso de la herencia flexneriana, por un lado, y la exigencia de *accountability* de las funciones médicas, por otro. Podríamos aquí desarrollar toda una crítica de cómo la matriz ideológica flexneriana vino a ser transcrita en los países de América Latina, en los que grados similares de exigencia de la formación científica jamás pudieron ser alcanzados. Pero, por ahora, para nuestros fines, basta enfatizar la adhesión común a los valores ideológicos biologicistas y científicistas que predominan en la formación del médico. De la misma manera, podría ser demostrado que las relaciones de asalariamiento de los médicos fueron ahí introducidas y consolidadas precozmente en este siglo, en una lucha insistente contra los dictámenes de la corporación; pero basta admitir que el mercado de trabajo médico contempla hoy formas institucionales de subordinación similares, que concede a la práctica efectivamente autónoma de la medicina liberal, apenas un lugar suplementar.

Los datos disponibles en Brasil evidencian que, en la década de los 80, cerca del 70% de los médicos tenían su ocupación principal (es decir, que les proporciona mayor ingreso) en alguna forma de trabajo asalariado ⁷².

Moviéndose entre tales límites del sueño de la autonomía, restringido actualmente, mas no totalmente abandonado, y de las imposiciones burocrático-legales asociadas a las nuevas formas de organización de los servicios de salud, delante los cuales conservan aún gran capacidad de deliberación propia y de ascendencia técnico-administrativa, los médicos están hoy convocados a pensar en su papel ante la boga de la gestión de calidad. Todos los que se ocupan de esa línea gerencial están seguros de algo: no hay cómo cambiar la esencia o la calidad final de esos servicios sin el involucramiento y la cooperación de los médicos y sin ubicar de otra manera las funciones y tareas que están acostumbrados a ejercer.

Como consecuencia del éxito del flexnerianismo en Estados Unidos, al imponer una determinada forma de evaluar la calidad en salud, la medicina norteamericana se consagró como la mejor del

⁷² Cf. Médici.A. "Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho Médica no Brasil na Década de 70". *Revista de Administração pública*, 19(2):31-77, Abril-Junio, 1985.

mundo. Desde el punto de vista del dominio de la tecnología y de la capacidad de absorber los avances científicos en su práctica cotidiana, por lo tanto, en relación a la excelencia científica de por sí, esto es incuestionable. No obstante, lo que sí viene cuestionándose insistentemente en los propios Estados Unidos son sus implicaciones en términos de costos económicos y sociales: es una de las medicinas más caras del mundo y el acceso a los servicios, para una gran parte de la población, enfrenta enormes barreras resultantes de la falta de capacidad de pago. Al contrario, lo que se admite modernamente es que la gestión de calidad no debe acarrear elevación de costos sino aumentar la productividad del sistema. La disminución del grado de equidad y universalidad ya alcanzado por un determinado sistema de salud no es de ningún modo un resultado esperado del nuevo paradigma de la calidad, porque contraría la experiencia de otros sectores económicos. El presupuesto esencial en la actualidad, tanto para los países ricos como para los pobres, es que la adopción de la filosofía de la calidad de los servicios de salud debe generar modelos asistenciales de menor costo y que esos rendimientos económicos operacionales pueden ser utilizados para ampliar el grado de equidad de la cobertura.

Es dentro de ese nuevo contexto de relaciones sociales que Berwick ve la posibilidad de que se consiga imponer, en la sociedad estadounidense, un paradigma de calidad en los servicios de salud. Las razones son obvias: la introducción de la filosofía de la gestión de calidad, con los tan esperados efectos de disminución de costos y aumento de la productividad, presupone la existencia de formas de subordinación a controles y normas de conducta instituidos fuera de la profesión. La instancia legitimadora de los criterios de calidad parecen, finalmente, dejar de radicarse exclusivamente en el cuerpo de los profesionales médicos y en las formas consagradas de control del saber por la corporación. De los médicos se espera ahora una cooperación en el establecimiento de las normas de calidad, pero ellos ya no son los únicos actores en escena, al contrario de lo que sucedía en el círculo de la calidad flexneriana.

En su apreciación del alcance del CCT en servicios de salud, Donabedian⁷³ expresa un cierto temor de que esa moda pueda llevar a un individualismo de los prestadores, considera que

⁷³ Donabedian, A. "Continuity and Change in the Quest for Quality", *Clinical Performance and Quality Health Care*, V. 1 N. 1, January/February/March, 1993

existe el riesgo de abandonar principios consagrados como el de equidad. Para Donabedian, los principios de equidad forman aún parte de la definición de la calidad en los servicios de salud. Vienen tornándose bien conocidos los atributos que él denominó pintorescamente de **siete pilares de la calidad en salud**:

1. *Eficacia: la capacidad del cuidado, asumiendo su forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud;*
2. *Efectividad: en cuanto a que las mejorías posibles en las condiciones de salud son de hecho obtenidas;*
3. *Eficiencia: la capacidad de obtener la mayor mejoría posible en las condiciones de salud al menor costo posible;*
4. *Optimización: la más favorable relación entre costos y beneficios;*
5. *Acceptabilidad: conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado;*
6. *Legitimidad: conformidad con preferencias sociales en relación a todo lo anteriormente mencionado;*
7. *Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud*⁷⁴.

Este autor admite que la calidad de los servicios de salud puede ser juzgada en tres diferentes planos: a) en la visión de los prestadores de servicios, b) en la visión de los usuarios y c) en la de las prioridades consideradas por la sociedad en general. Los juicios de calidad formulados en esos tres planos pueden coincidir más o menos, o discrepar entre sí en relación a ciertos actos de salud concretos, debido a que puede evaluarse en forma distinta el peso que debe ser atribuido a cada uno de esos tres factores.

Donabedian y otros autores norteamericanos han estado profundamente envueltos, en los últimos veinte años, con el desarrollo de un campo de especialización del saber médico que es la garantía de la calidad en salud (*health care quality assurance*) cuya finalidad es “el monitoreo del desempeño clínico buscando mantener y mejorar su calidad”⁷⁵.

⁷⁴ Donabedian, A. “The Seven Pilars of Quality”, *Arch Pathol Med*, 1990;114:1-1118.

⁷⁵ Donabedian, J. “Specialization in Clinical Performance, What It Is and How to Achieve it”, *Quality Assurance and Utilization Review*, VI. 5., N. 4, Noviembre 1990 (114-120).

Sin embargo, debe considerarse que la filosofía de la garantía de la calidad en salud llevó a que se estableciera en los Estados Unidos toda una amplia red de especialistas y de unidades de auditoría médica (*peer review*) dedicados al monitoreo de la atención prestada por programas como el Medicare y otros, cuyos altos costos de mantenimiento han sido muy criticados. Los comités de auditoría actúan *post facto*, evaluando la adecuación de la conducta clínica dentro de una muestra de tipos de casos atendidos. En un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* en 1989 y que alcanzó notable repercusión, Berwick⁷⁶ dirige sus baterías justamente contra ese método de trabajar las cuestiones de la calidad a partir de una engañosa teoría de las "manzanas podridas". El presupuesto implícito de esta teoría es que para mejorar el sistema basta identificar y denunciar el error, como sucede en el sistema tradicional de inspección usado por la industria. Tal vez se pueda conceder que en los Estados Unidos ese método de control de la calidad en salud tenga un cierto efecto reeducativo sobre los médicos, aunque limitado. Pero una de las críticas más fuertes que se le puede dirigir es que, además de implicar altos costos, con bajos retornos reales en términos de perfeccionamiento efectivo de la calidad, está fundado en un esquema de monopolio del saber que refuerza y amplía el poder del médico.

Por ser un abordaje general y no específicamente una extensión de las funciones regulatorias de la medicina, el CCT pretende ser esencialmente un enfoque de democratización del poder, del saber y de las prácticas. Por otro lado, tal vez pueda combinarse con principios universales de las políticas de salud, como el de la equidad.

Para la profesión médica, compartir poderes y la dirección de estrategias institucionales a través del CCT, podrá parecer una alternativa más atrayente que las imposiciones derivadas de una interferencia gubernamental verticalista que apunte a la contención de los gastos en salud. Otra ventaja es la posibilidad de dividir responsabilidades por los errores y, más aún, que el error pueda ser encarado como referencia natural y necesaria al perfeccionamiento continuo, en el nivel individual y en el de la

⁷⁶ Berwick, D.M., "Continuous Improvement as an Ideal in Health Care", *New England Journal of Medicine*, 320: 53-56, Enero, 5, 1989.

organización. McLaughlin y Kaluzny señalan justamente esa nueva dimensión de responsabilidades compartidas en el CCT y que se contrapone al control de la burocracia tradicional que:

“Termina luego estableciendo que tal control significa que el profesional trabaja independientemente del resto de sus colegas pero íntimamente con los usuarios. Si el profesional comete un error, él es el primero en ser responsabilizado por tal pérdida. Si el error es evidente, un Comité de Garantía de la Calidad, o la entidad de la categoría, en la peor de las hipótesis, penaliza al individuo. Solamente en casos muy lamentables la organización asume los riesgos por los perjuicios”⁷⁷.

Por todo eso que fue dicho anteriormente, el CCT puede ser visto como una forma más colectiva y más democrática de trabajar el conocimiento técnico que el enfoque de monitoreo de calidad de la clínica. Resumidamente, el CCT en comparación con la línea de garantía de calidad en salud:

- ⇒ asume un compromiso radical con la visión del usuario, pero intenta compatibilizarla con las prioridades sociales, como el principio de la equidad;
- ⇒ no es conducido primariamente por médicos especializados en un área del saber científico;
- ⇒ involucra necesariamente el trabajo no sólo del equipo de salud, sino también de quienes ejercen funciones administrativas y de apoyo, cuyo impacto en la calidad de los servicios y en la satisfacción del paciente suele ser ignorado;
- ⇒ depende de la participación de todos en un proceso de establecimiento de objetivos de calidad y de identificación de problemas para su realización;
- ⇒ se orienta a desarrollar la capacidad de análisis “científico” de los problemas cotidianos, pero también estimula el desarrollo del vínculo afectivo entre las personas y su trabajo.

Esas diferencias fundamentales con la garantía de calidad en salud no impiden que los conocimientos y experiencias acumuladas por ese campo de estudio sean reaprovechadas en beneficio del enfoque más amplio del CCT.

⁷⁷ McLaughlin.C & A.D Kaluzny. “Total Quality Management in Health: making it work”. *Health Care Management Review*, 15:7-14, 1990.

El ejemplo del flexnerianismo puede ayudarnos a discriminar lo que no deseamos del nuevo paradigma, con los riesgos de que siga un camino elitista similar. Dos importantes requisitos (aunque expuestos por su lado negativo) que podemos inferir al evaluar los efectos de la medicina flexneriana son los siguientes:

- ⇒ que las ciencias “positivas” no sean la única referencia de los conocimientos y valores con los cuales se estima la calidad del servicio, ya que el servicio es el resultado de una práctica que es simultáneamente técnica y social;
- ⇒ que los ciudadanos y grupos interesados no sean distanciados de los criterios de definición de la calidad en salud.

Para contemplar adecuadamente esos dos requisitos se debe llevar el análisis de la calidad en salud a otra esfera, la de las relaciones sociales, donde se junta con los valores éticos que la práctica médica siempre presupone.

ÉTICA Y NORMATIVIDAD MÉDICA

Como cualquier otra práctica profesional consolidada, la medicina flexneriana también tenía (o tiene) su propia ética. De hecho, sus principios fueron debidamente incorporados en muchos de los códigos formales de ética que la profesión consagró en este siglo.

¿Pero cuáles serían los principios implícitos de la ética de la medicina flexneriana? Se puede responder: la creencia en la capacidad de la ciencia de hacer lo mejor por el ser humano; la certeza de que el médico sabe siempre lo que es bueno para su paciente, porque, al final, él es el único que detecta esta preciosidad, la formación científica de alto nivel. La confianza del paciente con su médico, el “diálogo singular” que deben trabar, son reflejos de esa autoridad científica presupuesta.

Parte del equívoco del flexnerianismo se deriva de la identificación de la medicina con las ciencias de la naturaleza. Una crítica moderna a esa ideología comienza observando que la medicina no es exactamente una ciencia, sino una práctica técnica, “situada en la encrucijada de múltiples ciencias”, como

dice Georges Canguilhem⁷⁸. Es una práctica orientada para el consumo individual y colectivo, en el que su referencia inmediata no debe ser el saber por sí mismo, sino la adaptación del saber en los actos que la transforman en "servicios", como mera utilidad para otros. O sea, en la adaptación del saber y de las prácticas a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los hombres, en la forma en que son sentidas y juzgadas por ellos y no solamente por la autoridad científica. El juez de ese "grado de adaptación" debe ser también el consumidor de los servicios de salud, que pondera en esos actos una serie de propiedades no-científicas; pondera, por ejemplo, el contenido y la forma del diálogo médico-paciente. En segundo lugar, debe observarse que la medicina es, desde luego, una práctica social, que se refleja continuamente en valores colectivos, inclusive cuando su campo de intervención parece ser sólo el del individuo. La medicina tiene siempre una *accountability* ante la sociedad, pero esta puede estar restringida a una concepción de responsabilidad entre pares, en una autonomía atribuida por la corporación que, sin embargo, no deja de ser una forma particular de responder ante los valores de la sociedad.

Todo lo que fue dicho anteriormente puede ser resumido en términos más simples, afirmando que la medicina de la gestión de calidad requiere de una nueva ética que tenga en cuenta su normatividad en relación a los valores humanos en la sociedad actual. Es justamente esa ética la que permitiría tomar conciencia de que la práctica médica toca en valores trascendentes al contenido y al móvil de los saberes científicos que la fundamentan.

La normatividad de los procesos de producción en los servicios de salud constituye una dimensión subordinada, evidentemente, a la propia historia de esos servicios, tanto en sus aspectos organizativos cuanto en los de las relaciones que establecen con los usuarios. Son esos justamente los dos planos de un análisis de la normatividad de los servicios de salud: cómo se incorpora en el seno de la organización y división técnica del trabajo en esos servicios, y cómo ella se refleja o se traduce en la forma particular de consumo a que induce a sus beneficiarios.

⁷⁸ Canguilhem, G. *Lo Normal y lo Patológico*, Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1971, p. 11

Esta separación de planos se hace necesaria a despecho de la íntima conexión y hasta coincidencia entre los actos de producción y los de consumo de servicios. Una de las razones para todo esto es que una parte considerable del consumo de salud se presenta fuera del ámbito organizativo de los servicios, o sea, que ocurre en el cotidiano de la vida doméstica y hasta en el del trabajo.

Una visión histórica muy particular de la normatividad en salud, en su relacionamiento con los usuarios y con las prácticas populares, se encuentra en Michel Foucault e Ivan Illich a la par de las corrientes de la antipsiquiatría. Estos autores, con distintos matices, coinciden en sus severas críticas a la institucionalización de la medicina y a los poderes monopolizadores a ella asociados. Para las observaciones siguientes, preferimos entretanto buscar apoyo en otro filósofo igualmente consagrado, Georges Canguilhem.

Canguilhem se sitúa en la línea de herencia del pensamiento médico-filosófico que viene de Hipócrates y de Aristóteles, enriquecido por una profunda reflexión crítica sobre los conceptos y los descubrimientos de la ciencia biológica en los últimos tres siglos. De esta línea nace la convicción de que, en los seres humanos, la normatividad innata de la salud —con sus reglas cambiantes y de armonización de antagonismos internos y con el medio ambiente, reglas siempre embebidas de sociabilidad— debe estar en el epicentro de la patología, o sea, del análisis de las condiciones suscitadas por las fuerzas disgregadoras de la enfermedad. Además, la medicina, para ser sabia en su intervención, debe ponerse de acuerdo con esa normatividad biosocial, buscar formas que sustituyan las líneas regulatorias naturales de los organismos, cuando se vea privada de ellas parcialmente debido a los efectos de la enfermedad. Veamos, por pasos, las ideas propuestas por Canguilhem a ese respecto.

La normalidad biológica, la salud, traduce un equilibrio inestable entre formas y normas de vida que se confrontan entre sí, obtenidas por el esfuerzo total de regulación del organismo, de sus funciones y órganos, en condiciones concretas; los “desvíos fisiológicos” o la enfermedad no son lo opuesto, sino que pertenecen a la misma naturaleza del equilibrio inestable de la salud, son formas de manifestación de esa función regulatoria global, en busca de la superación de exigencias opuestas. La

salud es, así, la capacidad de instituir ciertas normas de vida y de superarlas continuamente a través de nuevas normas. La enfermedad restringe esa amplia flexibilidad y coloca en su lugar una normatividad biosocial de menor valor, con intolerancia para los desvíos. El enfermo (en sentido “fisiológico” o “patológico”) es sobre todo un ser limitado en lo que respecta a su capacidad espontánea de adaptarse a nuevas condiciones de su organismo y del medio: para el desnutrido, el sarampión no es una amenaza en sí, sino en la medida en que su capacidad restringida de adaptación y defensa lo deja indefenso cuando aparece la bronconeumonía. Por el contrario, el comportamiento privilegiado del ser vivo en condiciones de salud es marcado por el hecho de que este reacciona mejor a las exigencias del medio, exhibe un alto grado de orden y estabilidad en sus funciones vitales, o sea, un mínimo de desconcierto, de vacilación o de reacciones catastróficas delante de un agente nuevo, de una condición inesperada⁷⁹.

Canguilhem expresa, en un pasaje notable, toda esa versatilidad específica de las condiciones de la salud como condensación máxima de valores vitales:

“Estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales.

Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas”⁸⁰.

Veinte años después de sus anotaciones memorables sobre el concepto de lo normal en la biología, Canguilhem, en la década del 60, en *De lo Vital a lo Social*, vuelve indirectamente al tema a través de la reflexión sobre la normatividad de las técnicas, de la industria y en la sociedad como un todo, donde deja al descubierto su enorme deuda con el pensamiento aristotélico. “La ausencia de reglas corresponde a la ausencia de técnicas”⁸¹, dice; pero es la infracción la que instituye la regla; las artes son nor-

⁷⁹ Idem p. 140

⁸⁰ Idem p. 150

⁸¹ Idem p. 189

mativas porque, tal como el organismo humano, son capaces de generar permanentemente nuevas reglas delante de la infracción y buscan la perfección en un caminar infinito. Las artes y, más, la organización social, mimetizan la vida, en este sentido.

La medicina, según Canguilhem, es la técnica que mejor ilustra ese intento de imitación de la naturaleza por el arte o, por lo menos, debería hacerlo, ya que desde Hipócrates esta forma de pensamiento mantiene siempre abierto el conflicto con las corrientes antivitalistas o mecanicistas. En una obra más reciente, Canguilhem hace mención a esos conceptos de Aristóteles y, de cierto modo, los endosa:

“Es por demás conocido que Aristóteles concibió la naturaleza y la vida como el arte de las artes, entendida como el proceso teleológico en sí, intrínseco, sin premeditación, sin deliberación, proceso que toda técnica tiende a imitar, cuya máxima aproximación es la que es conseguida por el arte del médico cuando se cura a sí mismo por autoaplicación de las reglas que le son inspiradas por la idea de la salud, finalidad y forma del organismo vivo”⁸².

Compartimos aquí la visión de que salud y enfermedad son apenas modos distintos de andar la vida y que las técnicas médicas se revisten del máximo valor y eficacia cuando se limitan a reforzar o sustituir apenas temporariamente la normatividad biosocial del ser humano.

En el juzgamiento de la calidad de los servicios, esos aspectos deben ser tomados en consideración, para saber en qué extensión están reflejados en las propias normas de la práctica clínica y hospitalaria.

NORMATIVIDAD SUPLEMENTAR Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En principio, la normatividad de los servicios de salud no debería contraponerse a las normas vitales y sociales de los individuos, sanos o enfermos, sino apenas suplementarlas tem-

⁸² Canguilhem, G. *Ideología y Racionalidad en las Ciencias de la Vida*, Ediciones 70, Lisboa, s.d. p.110

porariamente en lo que carecen, o conferirles más vigor en una cierta dirección que ya presentan espontáneamente. El modelo ideal de intervención, en ese sentido, es el que podemos identificar en la mayoría de las vacunas que hoy se aplica de rutina:

- ⇒ refuerzo de mecanismos inherentes a la normatividad del ser vivo;
- ⇒ máxima eficacia comprobada, mínimo de riesgo.

Pero sabemos muy bien que gran parte de las intervenciones médicas necesarias y técnicamente indicadas están lejos de ajustarse a ese requisito. Muchas de esas formas de intervención (como lo es el caso de la cirugía) no sólo perturban o disminuyen la capacidad normativa usual del organismo humano, sino que a veces van contra sus propias reglas. Aquí no vemos espacio para un romanticismo terapéutico y, con todo el respeto a los colegas homeópatas y sus seguidores, creemos que ser antinatural es muchas veces la única manera de devolver al enfermo, a mediano plazo, toda la extensión de su normatividad natural.

En donde más precisamos de reglas claras para la práctica clínica y quirúrgica de los servicios de salud es, en primer lugar, allí donde se muestra extensa la pérdida de la capacidad normativa usual del ser humano. Esto sucede en situaciones catastróficas como el infarto de miocardio, los estados de choque sistémico, los politraumatismos, etc. En estos casos, la rigidez de las reglas técnicas no son una amenaza al ser vivo, sino la garantía de que serán capaces de suplir la falencia dramática de sus mecanismos regulatorios. Felizmente, el propio avance de las técnicas médicas ya aseguró recientemente la definición de líneas de acción eficaces delante de tales condiciones de privación de la normatividad vital. Lo que se necesita es incorporar tales líneas de acción a las rutinas institucionales, legitimarlas ampliamente y modificarlas eventualmente de acuerdo con los nuevos descubrimientos científicos y tecnológicos. No se puede pensar en programas de calidad en servicios de salud sin la clara definición de esas normas de atención e intervención.

En el otro extremo, cuando el individuo está en posesión, en mayor o menor grado, de su capacidad normativa vital (tanto en el consultorio como en el hospital), lo que se puede esperar es

que las normas de los servicios sean aplicadas a través de un juicio de lo “justo y necesario”, o sea, en conformidad con las condiciones particulares dictadas o “equilibradas” a través de esa normatividad vital. En este caso, la normatividad del ser humano como paciente aparece preeminentemente en su aspecto social, lo que lleva a prever un amplio espacio para su participación en los procesos de diagnóstico y terapia.

Internar o dar asistencia ambulatoria es un dilema de trascendente importancia al dirimir situaciones usuales con las cuales se confronta el juicio de lo “justo y necesario”. Como presupuesto de la gestión de calidad en servicios de salud, los médicos deberían tener siempre en mente el alcance y consecuencia de esas conductas alternativas en relación a la vida de sus pacientes. En el caso mencionado, no se trata solamente de opciones estratégicas para la aplicación de un conjunto dado de recursos terapéuticos, pero sí de evaluar las implicaciones para “**este**” individuo, “**en este**” momento de ser sometido a las condiciones restrictivas de un hospital o, por otra parte, dejarlo, con su capacidad “ambulatoria”, en las condiciones usuales de su vida cultural, de su trabajo y de su familia. Es que no sólo la enfermedad estrecha la normatividad vital del ser humano, sino que también tiene un efecto similar en los ambientes extraños, como el hospital, con sus riesgos adicionales de contagio. El mismo raciocinio se aplica a la decisión por la cirugía o por los exámenes que requieren intervención drástica (como el cateterismo cardíaco).

Si suponemos (y esto es más o menos intuitivo, pero podría ser demostrado a través de la investigación) que la satisfacción del usuario es mayor en el caso de la adopción de la alternativa conservadora (atención ambulatoria en vez de hospitalar, tratamiento clínico en vez de quirúrgico) uno de los más elementales principios a los que se puede apelar para la garantía de calidad en los servicios de salud es la preocupación, no en tener criterios absolutos y universales para esos procedimientos, sino en precisar al máximo, por juicios colectivos del cuerpo clínico y por normas aproximativas, la orientación adoptada en la institución.

Por otro lado, como lo que está en cuestión es una normatividad biosocial y no solamente biológica, cuánto se lleva en consideración el papel activo del usuario en las normas y patrones del ambulatorio y del hospital, es otro elemento de refe-

rencia a ser destacado en los criterios generales de la calidad del cuidado. La explicitación de derechos y deberes del paciente es un punto de trascendental importancia en particular.

Debido a la propia naturaleza del servicio de salud, en su movimiento de constante adecuación al particular y a las necesidades de cada individuo, el usuario siempre se instituye como una especie de coprestador del servicio. El, el paciente, o quien lo rodea, participa del proceso de producción de servicios de salud al proveer una extensa serie de valores de uso indispensables a la totalidad técnica de los actos de diagnóstico y terapia. No sólo la mera información de la historia de su enfermedad, no sólo la materialidad física y psicológica de su cuerpo, sino también la utilidad insustituible del conjunto de sus acciones, en una palabra, de su comportamiento, al cumplir con normas para mantener la salud y recuperarse de la enfermedad. ¿Qué sería de la eficacia de la prescripción médica, qué sentido tendrían sus consejos si no condujesen a las formas sistemáticas de acciones de consumo y de ritmos de vida en el trabajo y en el hogar? La medicina moderna exige más que el uso metódico del medicamento; exige numerosos objetos complementarios o esenciales para su intervención reguladora, la dieta, los ejercicios físicos, el ritmo de trabajo, la vida sexual, etc. Dijimos medicina moderna porque hay actualmente normas de conducta específicas para cada uno de esos aspectos, según la condición diagnosticada o a prevenir, mas ellas siempre estuvieron presentes, con el mismo sentido curativo o preventivo, desde la época de Hipócrates.

Si consideramos el conjunto de los comportamientos que forman los modos de vida de una población delante de la intervención y del uso creciente de los servicios de salud, la evolución histórica se presenta en el sentido de una sustitución del patrón endógeno —de los comportamientos espontáneos culturalmente aceptados por los grupos sociales— por el patrón exógeno, que son comportamientos saludables recomendados por la medicina o comprendidos en la cooperación consciente con los métodos terapéuticos y preventivos. Visto por el lado crítico, este es uno de los objetos de la denuncia sobre la “medicalización de la vida”, que quince años atrás agitaba los medios académicos, en la versión de Illich:

“La salud dejó de ser un don natural que cada ser humano debe poseer hasta mostrarse enfermo, para tornarse un objetivo cada vez más distante al que se tiene derecho en virtud de la justicia social”⁸³.

Lo que Illich veía de tan negativo y contrario a la libertad natural de la cultura humana vino a ser considerado, de forma unánime entre nosotros en los años recientes, como conquistas indebitables de la ciudadanía y una fuerza motriz para diversas manifestaciones de las demandas populares en relación al Estado capitalista. Es esto lo que Sonia Teixeira propone como una de las hipótesis en su intento de evidenciar el carácter democrático de los cambios obtenidos a través de la Reforma Sanitaria en el Brasil:

“La incorporación de las demandas sanitarias por medio de un conjunto de dispositivos legales e institucionales, configurando distintas ciudadanías es, al mismo tiempo que resultante de la correlación de fuerzas existentes, un elemento activo en la conformación de identidades políticas y sociales, esto es, en el desarrollo subsiguiente de la lucha política”⁸⁴.

En el sentido opuesto a la concepción radical y maniqueísta del inicio de los años 70, esa noción de la dialéctica de incorporación de demandas sanitarias por el Estado tiende a prevalecer actualmente. La normatividad intrínseca a los servicios de salud viene encontrando, así, una legitimidad tanto desde el punto de vista teórico como político. Si existe una expropiación de la autonormatividad sanitaria de la población, que se da través de la difusión de los aparatos institucionales de servicios y de las reglas formales de conducta sanitaria, este fenómeno social no puede ser denunciado como una elaboración unilateral de patrones de regulación por parte del Estado y de las instituciones, sino como —en el plano de las posibilidades políticas y de la adecuación técnica— un espacio de acuerdo entre las formas espontáneas de regulación de los modos de vida de la población y las formas de saber científico que son traducidas en normas sanitarias.

⁸³ Illich, I. *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, Pantheon, Nueva York, 1982, p. 122

⁸⁴ Teixeira, S. M. et al. *Reforma Sanitária: Em Busca de una Teoría*, Cortez, San Pablo, 1989, p. 29

La subordinación a reglas exógenas corresponde a lo que el conocimiento científico puede formalizar en el intento de descubrir las causas y la prevención de las enfermedades. Con respecto al lado preventivo, la polémica ya no exalta los ánimos, por lo menos entre las nuevas generaciones. Hoy, se observa la aceptación creciente de los deberes delante de reglas sanitarias consagradas: el abandono del cigarrillo, la adopción del *jogging* y otros ejercicios, la preferencia por la alimentación más liviana, el uso de preservativos, etc. Ese nuevo patrón de comportamiento está lejos de representar un endoso ciego del cientificismo médico, tanto es así que tales prácticas conviven tranquilamente, como todos saben, con formas heterodoxas de la medicina, por ejemplo de la homeopatía, el naturalismo, los tratamientos esotéricos, etc. y todas ellas están, evidentemente, incorporadas a ritmos y formas de vida individuales que conservan lo que hay de importante en la regulación endógena.

Dejemos de lado el autoconsumo de salud, que es una cuestión amplia, para circunscribirnos al comportamiento del usuario de los servicios de salud. No son pocas las tareas que un paciente tiene que ejecutar cuando es atendido en un consultorio. Cabe entonces subrayar ese papel de coparticipante del proceso de producción. Se puede, inclusive, hablar de un "trabajo" que los usuarios desenvuelven en pro de su salud, un trabajo no remunerado y no profesional, que los colocaría como parte de los recursos humanos de salud. Cuando es tenido en cuenta colectivamente, ese sentido de la cooperación e interacción ha sido tratado bajo el rótulo de "participación comunitaria", que mencionamos solamente de pasada aquí. Si los usuarios, en un concepto amplio, son vistos como parte de los recursos humanos de salud, es porque opera ahí una visión particular en que se toma la idea de utilidad: la cooperación del paciente o de la población organizada es un recurso como otro cualquiera. Y la eficacia de los actos terapéuticos y profilácticos dependería de esa cooperación y de la acumulación de circunstancias del medio social que los favorezcan. En otro extremo, para el paciente internado, la cooperación está en función, naturalmente, del grado de preservación de sus condiciones físicas y psicológicas usuales. Según la autoimagen de la profesión de enfermería, el cuidado que presta, traducido en la preocupación con el confort, el control de los ritmos vitales y el uso de medica-

mentos, viene a suplir aquello de lo que carece la normatividad usual del paciente internado, como una especie de sustituto del medio social.

Simultáneamente, la extensión universal de la normatividad en salud no siempre implica un indispensable revestimiento institucional, es decir, un avance de las formas institucionales del cuidado. La experiencia reciente de las políticas de salud “desinstitucionalizadas”, no sólo en el área de salud mental, donde son más conocidas, sino en el área de asistencia a diversas patologías crónicas y agudas anteriormente sometidas a régimen nosocomial, vienen acompañadas de señales de eficacia y de evidencia de un aumento del sentido personalizado del cuidado que se obtiene por la cooperación de las familias. Lo que esas experiencias traen a la luz es el hecho, más que sabido, de que alterar solamente en lo necesario los ritmos vitales y culturales de los pacientes es parte esencial de las nuevas reglas éticas que se imponen a los servicios de salud.

Si los usuarios asumen la responsabilidad de redimensionar y adaptar su normatividad vital y social delante de los servicios de salud, lo hacen con la certeza de que no sólo las nuevas normas están revestidas de alguna eficacia, sino porque espontáneamente creen que ellas siguen el viejísimo precepto hipocrático de *primo non nocere*. Pero la ética del lado de los prestadores de servicio debe ir más allá de ese nivel mínimo; debe preguntarse siempre lo que vale más para el bien de este individuo, en este momento. Este “valer” no puede ser solamente retirado de los compendios de la medicina clínica y de la farmacología, ya que envuelve la adecuación “justa y sabia” (como se decía antiguamente) a los ritmos y modos de vida preexistentes en cada individuo y en su grupo social.

Esta es la naturaleza del pacto que los usuarios fijan con los prestadores de servicios de salud, un pacto que es simultáneamente de científicidad —de creencia en los poderes de la ciencia— y de tipo ético— de creencia de que la movilización de recursos médicos está en función de una intencionalidad eminentemente justa y es apropiada al bien individual.

Como en cualquier otra forma de normatividad, se coloca, en ese movimiento crecientemente legitimado de universalización de las reglas sanitarias, el imperativo adicional de la adecuación al particular. Es este un imperativo de calidad. No se trata de

recolocar normas científicas en el lugar de las culturalmente espontáneas, sino de suscitar preguntas sobre la adecuación de la normatividad técnica de los servicios a la normatividad social de los individuos. Esas preguntas, en parte, se remiten a viejos dilemas de la práctica clínica, pero con nuevos ojos:

- ⇒ ¿Cuándo y cómo aplicar medidas preventivas?
- ⇒ ¿Cuándo y cómo medicar?
- ⇒ ¿Cuándo y cómo internar?
- ⇒ ¿Cuándo y cómo intervenir quirúrgicamente?

Entendemos que aprender a responder correcta y rigurosamente a esas preguntas es parte esencial de la pedagogía que lleva a obtener y asegurar la calidad de los servicios de salud.

Las lecciones de Deming y Canguilhem, combinadas, apuntan en el sentido de que la normatividad de la producción, como en una especie de organismo colectivo del trabajo y de las funciones especializadas de sus órganos o partes, puede y debe desenvolverse por etapas de reequilibraciones permanentes. Lo importante es adoptar un patrón inicial, aproximativo, tal vez de gran amplitud de variación, e ir obteniendo comportamientos cada vez más adecuados hasta que ese patrón pueda ser sustituido por otro más riguroso. La conciencia en cuanto a las variables que interfieren en el desempeño de los servicios, obtenida mediante discusiones colectivas y autoevaluación del trabajo, sería el aliciente de ese proceso de institución de una normatividad social en la producción de los servicios de salud.

Desearíamos hacer algunas observaciones adicionales sobre los riesgos enfrentados por los métodos de gestión de calidad aplicados a los servicios de salud, considerando todo lo que fue dicho anteriormente sobre el flexnerianismo y el poder médico. El riesgo mayor no es de un fracaso debido a las particularidades del sector; no existe tal riesgo porque la mayoría de los procedimientos allí adoptados son similares a los intercambios entre servidor y cliente internos (interdependencia técnico-administrativa de los departamentos) que pueden ser encontrados en cualquier empresa, sea de manufactura o de servicios. En este caso, los métodos para obtener aumento de la calidad y de la productividad, basándose en la discusión colectiva de los problemas nodales o cuellos de botella, seguramente funcionarán satisfac-

toriamente. Se conseguirá, por ejemplo, disminuir colas, reducir tiempos de espera para consultas, mejorar el confort y la cortesía empleadas, etc, provocando resultados positivos a nivel de la satisfacción de los pacientes. Pero, cómo discutir con los médicos la racionalidad y propiedad de sus procedimientos, cómo soltar el celo por los privilegios de la decisión médica? Cómo convertir ese tipo de cuidado en otro, bajo la vigilancia colectiva de los demás trabajadores, para que haya corrección inclusive en la conducta clínica? Cómo, en fin, regular colectivamente la normatividad suplementaria de los servicios de salud?

Por consiguiente, el riesgo no es que no se obtengan resultados tangibles al emplear la filosofía de gestión de calidad en el área de salud; el riesgo es terminar esquivando el corazón del problema: el área de las prerrogativas profesionales y, más específicamente, las reglas de conducta para diagnosis y tratamiento.

Esta es entonces una advertencia que nos parece muy importante: es posible hacer gestión de calidad de los servicios de salud sin la participación de los médicos, en tanto no se altere la propia naturaleza de ese servicio, en tanto implique apenas una mejoría "cosmética" de los servicios. Pero no hay cómo cambiar la esencia o calidad final de esos servicios sin su cooperación y sin replantear las funciones y tareas que los médicos están habituados a ejercer.

El cambio de comportamiento de los médicos deberá llegar, naturalmente, a partir de la misma operación de los servicios, a partir de la contribución dada por ellos, al moldear servicios de mejor calidad, más satisfactorios para toda la clientela y para sí mismos como trabajadores. Esto involucra el desarrollo de habilidades y conocimientos para:

- ⇒ trabajar adecuadamente en sintonía con los demás miembros del equipo de salud y en conformidad con la misión de la unidad de salud;
- ⇒ guiar la normatividad clínica.

Reuniendo personas de formación y funciones heterogéneas que participen de un proceso de trabajo unificado por sus fines, los equipos de calidad sirven al propósito, por un lado, de profundizar el espíritu de equipo y, por otro, de "atacar problemas

complejos y crónicos, descubriendo soluciones eficaces y permanentes”⁸⁵. Por ejemplo, si una determinada sala de un hospital está con una tasa de permanencia de pacientes muy superior a la media de la unidad, será ese el problema que los médicos, enfermeros y auxiliares deben “atacar” en una reunión de su equipo de calidad. La identificación del problema por medio de recolección de datos y la aplicación de medidas apropiadas constituyen el contenido mismo de ese aprendizaje, fuera de una formalización curricular habitual. El uso de los métodos estadísticos, como el ejemplo de los mapas de control de la producción, puede aquí ser algo tan útil y nuevo para el médico como lo es para el auxiliar de enfermería. Todos precisan aprender a manejarlos, porque es sabido que tales herramientas solamente se vuelven realmente útiles cuando sus objetivos y usos son estipulados por el equipo, en la búsqueda del aumento de la productividad y de la calidad de los servicios ofrecidos.

Otra línea de actividad para la educación permanente de los médicos es la que agrupa específicamente el cuerpo clínico-quirúrgico de la unidad en la búsqueda de criterios, patrones y medidas apropiadas para la normatividad en la que está impregnada la práctica médica, según las líneas referidas anteriormente. El equipo de calidad clínico-quirúrgica debe tener la atribución de proponer y evaluar normas de conducta para una parte o el conjunto de la unidad.

Para los médicos, el desafío educacional representado por el nuevo paradigma de la calidad tiene una doble cara: primero, se espera que ellos adquieran o compartan habilidades de trabajo en grupos de discusión (equipos de calidad multiprofesionales) como base para una mejor articulación en el momento de operar la división técnica del trabajo en las unidades; segundo, que compartan responsabilidades técnico-gerenciales en la determinación y evaluación de normas de conducta para el mejor desempeño de los servicios.

⁸⁵ Joiner Associates Inc. *Times de la Qualidade, Como Usar Equipes para Melhorar a Qualidade*, Qualitymark, Rio de Janeiro, 1992, p. 2-7

VI

Patrón y desvío en la producción de servicios de salud

LA MEDICINA Y EL CONCEPTO DE PATRÓN EN LA FILOSOFÍA CLÁSICA

Nos parece útil introducir la discusión sobre el uso de patrones en la producción mediante una breve incursión al pensamiento de la filosofía clásica sobre el tema porque, como en otras innumerables cuestiones, sus conceptos son revestidos de gran claridad y oportunidad. Otra ventaja es que los filósofos clásicos hacían frecuentes menciones a la medicina situada, con cierto relieve, entre los múltiples oficios que integraban la división del trabajo en la polis.

Para los filósofos clásicos, la producción humana a través de los *technoi* o artes es siempre resultado de una intencionalidad normativa, que constantemente se adapta a circunstancias concretas y en especial a las exigencias y expectativas de aquellos a quienes sirve.

En el diálogo *El Político*, Platón señala que la existencia de medidas y proporciones correctas es el fundamento de la excelencia en cualquier arte. A través del personaje El Extranjero, retorna a uno de sus temas predilectos: la comparación entre los méritos y los métodos de las diversas artes u oficios de la polis (la del tejedor, navegante, médico y, especialmente, la del político) y observa que todas ellas buscan pautarse por la observación de las medidas de proporciones:

“Porque todas esas artes se mantienen en vigilancia contra excesos y defectos, no de forma abstracta, sino como verdaderos males que ocasionan dificultades en la acción práctica; y la excelencia de la belleza en cada producto del arte es debida a esta observación de las medidas”⁸⁶.

El concepto de patrón es allí identificado con el de media, o sea, media de alguna propiedad mensurable en los productos. Platón subraya que las propiedades concretas de los productos no pueden ser evaluadas solamente por la comparación directa entre sí, sino que necesitan igualmente referirse al patrón:

“(…) la posibilidad de medir más o menos, no apenas uno en relación a otro, sino también buscando alcanzar la media, parece proporcionar una fuerte evidencia y una prueba satisfactoria de la doctrina que mantenemos; porque si existen artes, hay un patrón de medida, y si hay un patrón de medida, las artes existen; pero si falta uno de los dos, ninguno de ellos existe”⁸⁷.

Platón es consciente de que las normas son sólo referencias generales, delante de las que se mueve el productor en busca de la adecuación a la naturaleza del material y a los objetivos concretos que tienen en mente. Admite, por lo tanto, que no hay reglas universales o permanentes:

“Las diferencias entre los hombres y las acciones, y el perpetuo movimiento irregular de las cosas no permiten cualquier regla universal o simple. Y ningún arte jamás podrá dictar una regla que dure para siempre”⁸⁸.

El mismo concepto de media o término medio como referencia para la producción humana está presente en Aristóteles, que seguramente lo tomó de su maestro. En la *“Ética a Nicómaco”*, la discusión surge en vista de la necesidad de calificar un patrón de disposiciones personales y de virtudes que debería marcar la vida de cada ciudadano en la polis. Habiendo proba-

⁸⁶ Platón. *The Dialogues of Plato, The Statesman*, Great Books of the Western World, Encyclopaedia Britannica, Chicago, 1980, p. 594

⁸⁷ Idem, *ibid.*

⁸⁸ Idem, p. 599

blemente tenido alguna formación específica en medicina —era hijo de médico y la cofradía de los asclepiades exigía el legado del arte entre generaciones— Aristóteles se preocupa especialmente por analizar el modelo técnico de la medicina y de otras artes similares y se muestra atento a la particularidad de que la media es antes de todo un punto al cual se tendería dentro del movimiento de discriminación y juicio efectuado por el intelecto en el ejercicio del arte. Así, la media ideal, que él llama de término medio en el objeto, es distinguida del término medio “para nosotros”. Tal media “para las personas” es arbitrada concretamente en función de las necesidades de cada uno:

“Por término medio en el objeto entiendo aquello que es equidistante de ambos extremos, y que es uno solo y el mismo para todos los hombres; y por término medio relativo a nosotros, lo que no es ni demasiado ni demasiado poco, y este no es uno solo y el mismo para todos. Por ejemplo, si diez es demás y dos es poco, seis es el término medio, considerado en función del objeto, porque excede y es excedido por una proporción aritmética. Pero el término medio relativo a nosotros no debe ser considerado así: si diez libras es demás para que una determinada persona coma y dos libras es demasiado poco, no se concluye de allí que el entrenador prescribirá seis libras; porque eso también es, tal vez, demasiado para la persona que debe comerlo, o demasiado poco: demasiado poco para Milo y demasiado para el atleta principiante. Lo mismo se aplica a la corrida y a la lucha. Así, un maestro en cualquier arte evita el exceso y la falta, buscando el término medio y escogiéndolo; el término medio no en el objeto, sino relativo a nosotros”⁸⁹.

La ética del término medio está, por lo tanto, lejos de poderse comparar a una equidistancia geométrica. El término medio es siempre digno de alabanza, pero no puede ser alcanzado de inmediato, porque no existe como una “meta” exterior al agente de la ética o del arte. Por ejemplo, hay circunstancias en que el ciudadano noble debe montar en cólera, a pesar de que esto lo lleve a distanciarse del término medio. Esta actitud puede ser entendida y aplaudida como varonil. Pero cuándo debe hacerlo y cuánto tiempo debe durar su cólera? Este es el

⁸⁹ Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, Série Os Pensadores, Abril Cultural, San Pablo, 1979, p.72

problema de cómo identificar y justificar el desvío necesario. Así, el término medio tiene que ser construido por el esfuerzo de aproximaciones, en las que algunas veces somos obligados a inclinarnos al exceso y otras veces a la deficiencia⁹⁰.

Algunos comentaristas modernos resaltan que en la actividad de las *technoi* estaba más presente la idea de **servicio** como adecuación a las necesidades del usuario, que la del **trabajo**, que presupone la separación del agente en relación a su producto y a los intereses inmediatos del consumidor⁹¹. Es que la producción artesanal de los demiurgos apuntaba esencialmente a las cualidades del valor de uso. Y caracterizándose como un servicio, el proceso de fabricación de algunos bienes era frecuentemente comandado por los propios usuarios. De allí que el productor tenía siempre que enfrentarse con dos modelos simultáneos de referencia: el *eidos* de su arte, el patrón técnico, como guía de la actividad productiva, y el uso a ser realizado del producto, definido a partir del propio consumidor en una relación inmediata. Este concepto acerca de una producción **hecha a medida** es capaz de mantenerse en su individualidad, aún cuando surge y se impone crecientemente una producción con medidas **meramente estandarizadas**, una producción **en masa**.

Aristóteles no desconoce el papel de ese *eidos* en las artes, pero polemiza encarnizadamente con los platónicos sobre la posibilidad o la necesidad de que todo arte sea dirigido por una percepción inmanente de un bien-en-sí (o Idea). Aristóteles avanza bastante en su defensa del concepto del patrón real como juicio de la media construido en el terreno de los fenómenos particulares y no a través de conocimientos abstractos. De este modo, no se puede calificar a la salud, que es el objetivo de la actividad médica, como un bien en sí, pues el médico no se dedica a cuidar de la salud de una forma general, pero sí de individuos particulares⁹².

Así, saber manejar el juicio de lo justo en medio de las circunstancias particulares y, por lo tanto, del cotidiano, es lo que valora el ciudadano noble, así como también el ejercicio

⁹⁰ Idem, p. 78

⁹¹ Vernant, J.-P., Naquet, P.-V. *Trabalho e Escravidão na Grécia Antiga*, Papirus, Campinas, 1989, p. 60

⁹² Aristóteles, Op. cit., p. 54

apropiado de todas las artes. Se comprende que, en la Grecia Clásica, los practicantes de muchas artes tenían necesidad no sólo de poseer ese saber, sino también de demostrarlo en público. Ya que la mayoría de las actividades productivas no estaba sometida al control por corporaciones de oficio, como el originado en la Edad Media, probar al público la capacidad “saber de los particulares” constituía la propia garantía de lo que hoy se denomina legitimidad profesional⁹³. Saber crear el término medio “para nosotros”, a través del juicio sobre lo justo, es la médula de la competencia en la ética y en el ejercicio de los oficios, porque envuelve no solamente el conocimiento de principios más o menos universales:

“Mas saber cómo se debe actuar y cómo efectuar distribuciones a fin de ser justo es más difícil que saber lo que hace bien a la salud; si bien aun en este terreno, aunque no dé gran trabajo aprender que la miel, el vino, el éléboro, el cauterio y el uso del cuchillo tiene tal efecto, el saber cómo, a quién y en qué ocasión esas cosas deben ser aplicadas buscando producir la salud no es menos difícil que ser médico”⁹⁴.

En este punto se llega a un terreno muy delicado que es el de la extensión y autonomía de arbitrio del médico. Admitiendo que la norma real se crea en medio de los desvíos del arte aplicado en condiciones particulares: ¿Cuánto cabe de decisión libre y soberana al propio médico?

Esta no es una cuestión cualquiera sino que es el verdadero nudo central en torno del cual giran todas las polémicas de larga tradición histórica y filosófica respecto de la ética de intervención de la medicina en la vida humana. Y actualmente no deja de ser replanteada debido a los innumerables problemas relacionados a la posibilidad de creación de patrones de procedimientos clínicos en el ámbito de la gestión de calidad en los servicios de salud.

La más conocida respuesta a esa cuestión proviene de la institución del médico como supremo y único árbitro. Ella es claramente defendida por Platón, en el diálogo citado, practicando una analogía entre el papel del jefe de Estado y el del

⁹³ Ver mi artículo, “Orígenes de la Corporación Médica en la Antigüedad”, *Cuadernos Médico-Sociales*, Rosario, Argentina, Junio, 1990.

⁹⁴ Aristóteles, *Idem*, p. 135

médico. Lo que Platón propugna es la prerrogativa del jefe de Estado de determinar, en medio de condiciones particulares, lo que es mejor para sus súbditos, independientemente de la opinión y de las voluntades superficiales de ellos, y considerando los veredictos de las leyes recién en segundo plano. Este juicio requiere el dominio de un arte específico, la política, que tiene sus principios generales, pero cuya sabiduría está en poder reconocer y buscar el bien del Estado cuando las opiniones divergen y se producen enfrentamientos de intereses entre ricos y pobres. Es al “hombre sabio y bueno”, que se encarna en la figura del jefe de Estado, a quien cabe “ordenar los asuntos de sus súbditos”⁹⁵. Esta acción debe ser vista como justa incluso en aquellas circunstancias en que contraría las leyes o las decisiones de una asamblea de ciudadanos, pues estas dos instituciones son frágiles y mutables, en cuanto el político “sabio”, aún si acusado de déspota por el pueblo, seguramente estará actuando en el sentido de salvaguardar los intereses de todos a largo plazo.

Esa justificativa de la autonomía del poder del jefe de Estado es el punto de llegada de las discusiones sobre el método de las artes que El Extranjero arma en el diálogo platónico. La figura del médico sirve para alimentar los argumentos que conducen a esa visión nitidamente aristocrática del poder político. El médico también trabaja teniendo la referencia de principios terapéuticos (el equivalente de las leyes de Estado), pero no puede dejarse someter rígidamente a sus dictámenes pues no beneficiará a sus pacientes en condiciones particulares y no previstas. El médico se ve obligado a administrar remedios que no son agradables y realiza hasta operaciones dolorosas, en lo que no puede ser influenciado por la opinión o deseos de quien no conoce los medios del arte de curar. Y este saber especial jamás podrá ser sustituido —debido a sus efectos y beneficios demostrables— por órdenes o decisiones tomadas colectivamente, como en una asamblea, o a través de la codificación de principios en una especie de legislación médica.

Toda esa extensión de la autoridad del médico se afirma en el hecho de que, así como el jefe de Estado, él actúa impulsado

⁹⁵ Platón, Op. cit., p. 601. Ver también el ensayo de Losler, W. *Physic and Physicians las Depicted in Plato*, Aequanimitas, P. Blakiston's, Philadelphia, 1932, pp. 45-71

no por sus caprichos, sino por conocimientos científicos bien fundamentados:

“El médico, igualmente, quiera él curarnos contra nuestra voluntad o con nuestra voluntad y cualquiera que sea su modo de tratamiento -incisión, cauterio o provocando otro tipo de dolor-, quiera practicar o no de acuerdo con cierto manual, quiera ser rico o pobre, quiera purgar o drenar de otra manera, aún cuando torna sus pacientes más gordos, continúa siendo un médico, en cuanto que ejerza su autoridad sobre ellos de acuerdo con las reglas del arte, en cuanto sólo les haga bien y los cure y los salve”⁹⁶.

Platón parece, en la frase citada, reivindicar un poder tiránico para el médico. En un análisis biográfico de Sócrates desde el punto de vista de las cuestiones de la democracia, un periodista americano, I.F.Stone, comenta que las palabras del personaje de los diálogos platónicos conducen a una conclusión extremadamente autoritaria e inaceptable, o sea, que el único poder verdadero es el poder absoluto, tanto en la política como en la medicina⁹⁷. Ese autor acentúa que hay una evidente exageración en todo el discurso del personaje, lo que no está en consonancia con las prácticas naturalistas y educativas peculiares de la medicina hipocrática.

No obstante, se sabe que existía otra escuela de medicina en la Grecia Antigua, que tuvo su origen en la isla de Cnidos y se distinguía justamente por una concepción “anatomomizadora” de las enfermedades y una acción interventiva drástica (el cuchillo y el cauterio, de los que habla el personaje). Ese intervencionismo radical contrariaba los principios del naturalismo humoral de la escuela de Hipócrates⁹⁸. Aquí, tal vez, Platón haya ilustrado con colores realistas el pensamiento de un personaje

⁹⁶ Idem, p. 599

⁹⁷ Stone, I. F. *O Julgamento de Sócrates*, Companhia de las Letras, San Pablo, 1989, p. 175

⁹⁸ La crítica a la escuela de Cnidos por sus normas terapéuticas rígidas y el uso limitado de dietas fue realizada por un autor hipocrático en *O Regime nas Doenças Agudas*, Hippocrate, *Du Régime des Maladies Aiguës*, Les Belles Letres, París, 1972, pp. 36 s. Un análisis profundo de los aspectos doctrinarios del hipocratismo, especialmente en relación al pitagorismo y otras corrientes filosóficas de la época, se encuentra en el libro de Ludwig Edelstein, *Ancient Medicine*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987.

que venía de afuera de Atenas y que, por tanto, encarnaba la forma de pensar de una corriente médica foránea.

En efecto, tal representación de la medicina, en forma sumamente autoritaria, está también en discordancia con otra que Platón trae de la medicina de su tiempo en el diálogo *Las Leyes*. El médico de esclavos, en ese diálogo, es quien aparece como un tirano que “dá órdenes” a su paciente y ni siquiera le dirige la palabra. Pero el médico de los hombres —libres es pintado de otra forma— él no sólo conversa, también enseña y aconseja al paciente respecto de la naturaleza de su mal⁹⁹. En este caso, el médico surge como una persona que, además del saber científico, tiene habilidades de persuasión basadas en su dominio de la oratoria.

Teniendo en cuenta esos aspectos de relatividad cultural, dada la propia diversidad de la sociedad griega antigua, podemos tomar aquí la figura del médico tiránico de *El Político* como el prototipo del poder autoritario del médico. Se enfatiza el hecho de que, en este caso, el autoritarismo no emana de la necesidad de aplicar la norma tal cual; él proviene de un reconocimiento de que el desvío “sabio” en la observancia de la norma es peculiar al juicio médico y que la realidad del mundo de la salud y de la enfermedad con su riqueza y profusión de fenómenos y de trazos individuales, exige y legitima el ejercicio de ese poder arbitrario.

A pesar de las enormes diferencias entre aquello que los antiguos llamaban de “artes” y lo que hoy conocemos como procesos de producción (de bienes y servicios), la importancia del patrón y la necesidad de entender su significado encuentran ecos muy similares en la doctrina corriente de la gestión de calidad y especialmente en su traslado al campo de los servicios de salud. La palabra **excelencia**, muy usada por Platón y revestida de intencionales connotaciones aristocráticas, fue sustituida por calidad, un término de sentido impreciso, aunque más neutro o “democrático” y, por tanto, más agradable al gusto moderno. Pero, de todos modos, persiste hoy la cuestión ética y filosófica crucial: determinar si el ajuste a la norma, que es algo científica y técnicamente justificable, puede ser arbitrado únicamente por quien monopoliza el saber especializado y con base nada más que en criterios internos al propio arte o profesión.

⁹⁹ The Dialogues of Plato, *Laws*, Idem, p. 745

VARIABILIDAD Y NORMATIVIDAD EN LA PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Se concibe modernamente que los patrones de calidad de los productos industriales deben ser traducidos, mediante una definición operacional, en lo que se denomina **especificación técnica**. La vida útil (de una pila, una lámpara, etc.) es un ejemplo ilustrativo de una especificación técnica de calidad. Que un producto tenga una durabilidad confiable parece algo importante en sí mismo. En este caso, cada ítem debe comportarse con un mínimo de acuerdo a la especificación, siendo esta definida como un intervalo de la variable, determinada por la media y una amplitud admisible de desvío. Ya que ningún ítem es exactamente igual a otro, el intervalo delimita la amplitud de la variabilidad admisible. Por otro lado, algunos ítems de la producción acaban por situarse fuera de ese intervalo, pero lo que se espera es que los productores sean conscientes de la situación y que procuren disminuir cada vez más la proporción de ítems que huyen de la especificación.

Es posible distinguir dos tipos de normatividad de los procesos de producción de bienes y servicios indistintamente: la del patrón endógeno o espontáneo; y la del patrón exógeno o explícito, que es siempre de naturaleza técnico-administrativa.

La normatividad espontánea de la producción proviene de los ritmos del trabajo humano, mediados por algún tipo de método. El patrón endógeno es asegurado por el autocontrol del trabajador, individual o colectivamente. Es una situación peculiar de los pequeños productores. Puede ser constatada también en el caso del médico en su consultorio privado: por ejemplo, la duración y todos los procedimientos de la consulta son determinados por el practicante y no por una instancia externa.

La segunda forma de normatividad se vincula a la tentativa de hacer que el proceso o el producto siga un patrón definido por agentes externos: la administración de la empresa, la legislación gubernamental, etc. Se trata de una normatividad de tipo sistémico, pues se impone como forma de organización administrativa o técnica de la producción al conjunto de los trabajadores. Así, se puede evaluar si los productos cumplen o no con las especificaciones de la norma.

Tanto en los sistemas de patrón endógeno como en los de tipo endógeno es decisivo entender cómo actúan las causas de variación y cómo ellas pueden ser tratadas estadísticamente. Las variaciones pueden ser de dos tipos, la común y la especial. Las más frecuentes son las de tipo común, que emergem de las fluctuaciones aleatorias del proceso de producción o de diferencias de precisión en el acto de medir las características del producto. Las causas comunes son determinadas por las características del sistema adoptado, siendo más que nada de responsabilidad de la gerencia la función de corregirlas. Para ello se hace necesario alguna inversión adicional en el sentido de cambiar o perfeccionar los métodos de producción. La otra forma de variación es la de tipo especial, que introduce una perturbación relevante en el proceso y sus causas pueden ser detectadas y evitadas por los agentes directamente involucrados en la producción. Algunos autores usan el calificativo **atribuibles** para caracterizar tales causas.

Los métodos de control estadístico de calidad tienen por objetivo eliminar las causas de las variaciones especiales. De allí la importancia de establecer el monitoreo continuo del desempeño a través del uso de métodos estadísticos y, especialmente, de los mapas de control de la producción. Tales mapas buscan registrar las variaciones a lo largo de un periodo, obtenidas por proporciones de ítems defectuosos dentro de muestras o a través de otras referencias, en las que se trabaja con los conceptos de media, varianza y desvío estandard. Cuando, en un dado proceso de producción, pasan a predominar solamente las causas comunes de variación, se dice que el proceso entró en estado de control estadístico o se estabilizó y todas las variaciones tienen a partir de ahí una determinación aleatoria.

Esa estabilización del proceso ocurre aún en la ausencia de una normatividad exógena o de especificaciones explícitas para la producción. Um ejemplo de ese tipo de análisis es el que se podría aplicar a la normatividad espontánea del médico en su consultorio privado. Aunque libre de la imposición de un patrón externo a su práctica, el médico con experiencia tenderá a dedicar intervalos de tiempo más o menos regulares para cada una de sus consultas: digamos en torno de una hora para una consulta de primera vez, en torno de media hora para una subsi-

guiente, etc. Tal vez en el inicio de su carrera haya grandes diferencias de tiempo en su dedicación para cada una de esas situaciones: sus variaciones de tiempo de consulta (muy larga o muy corta) pueden ser desproporcionadas; pero se estrechará el intervalo de variación en la proporción de la experiencia adquirida, aunque la variabilidad continúe siendo, como para cualquier otro proceso, algo esperado y natural. El comportamiento del médico, en este particular, sigue una línea de desarrollo semejante a la de un artesano que domina progresivamente su oficio.

Lo que se puede decir que hay de diferente en el caso del médico en su consultorio es el hecho de que el tiempo de atención es influenciado directamente por las necesidades del cliente y no sólo por factores ligados a sus habilidades y condiciones de trabajo. Sin embargo, dado que se puede imaginar que los pacientes que requieren más y los que requieren menos atención demandan sus servicios aleatoriamente, la estabilidad o control estadístico del proceso de trabajo tiende a ser establecida gradualmente y a través de la experiencia profesional.

Es necesario decir que al alcanzar el estado de control estadístico, el proceso no asegura *ipso facto* la calidad del producto. En un sistema controlado o estable, los límites de la variación se tornan previsibles y el sistema puede ser objeto de una planificación de calidad, apuntando a su perfeccionamiento progresivo. Un sistema descontrolado produce muchos resultados de mala calidad, pero la estabilización es apenas la condición inicial para que el sistema efectivamente pase a generar resultados de acuerdo con metas de calidad.

Si la variabilidad —que es inherente tanto a la naturaleza como al mundo de la producción— puede asumir ese doble aspecto, el común y el especial, es que un juego constante de relativismo estadístico opera dentro de cada sistema. Lo que es común para un dado sistema será especial para otro, o tal vez para el mismo sistema en otro momento, cuando los intervalos entre los límites de control son estrechados. Así, una importante conclusión es que el objetivo de la gerencia no puede ser el de eliminar totalmente las variaciones y los defectos, lo que sería utópico, sino obtener sistemas cuyo grado de variabilidad no torne inviable la planificación de largo plazo que se hace necesaria en el camino de la calidad.

VARIABILIDAD Y PATRONIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Al transitar por el universo de los servicios de salud, la cuestión de la variabilidad reaparece muy incisivamente. En una primera instancia, la variabilidad en salud es introducida por un binomio bastante conocido: lo normal y lo patológico.

Evidentemente, no reforzaremos aquí las interpretaciones positivistas de la normalidad a través del uso de la media y de los desvíos estadísticos. Ellas tienen un crítico ejemplar en Canguilhem, para quien el organismo humano viviría, a todo momento, un equilibrio inestable entre normas biológicas y formas sociales de vida, traducidas a partir de valores vitales¹⁰⁰. Importa aquí subrayar que la variabilidad biológico-social que se expresa como normal y patológico, o salud y enfermedad, es el primer matiz que aparece en lo que se relaciona con el propio objeto de trabajo de los servicios de salud. Pero hay una segunda instancia, que es la variabilidad de lo patológico. Esta se constituye en la propia esencia de la medicina clínica, en la medida en que su misión es responder, en los ámbitos del diagnóstico y de la terapia, por las triviales diferencias entre casos de una misma enfermedad.

No obstante, la amplitud de variación de indicadores de producción de servicios clínico-quirúrgicos entre hospitales —inclusive entre los que sirven a poblaciones relativamente homogéneas— acostumbra a ser tan grande que el fenómeno, en una primera aproximación, desconcierta a quien se propone examinarlo con base en los criterios del control de calidad oriundos de la industria. Los aspectos absolutamente subjetivos del llamado juicio médico han sido destacados por innumerables autores en relación a tipos de decisión de conducta muy usuales, tales como la necesidad de internación o de tratamiento quirúrgico. Wennberg relata que más del 80% de las condiciones médicas, incluyendo daños clínicamente manifiestos, como fracturas y enfermedades cardiovasculares, presentan tasas altamente discrepantes de internación entre hospitales¹⁰¹. Un

¹⁰⁰ Ver Canguilhem, G. *Lo Normal y lo Patológico*, Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1971.

¹⁰¹ Wennberg, J. "Which Rate is Right?", *The New England Journal of Medicine*, Volume 314, Number 5, 1986, 310-11

estudio mostró que frente a descripciones escritas de problemas quirúrgicos, la mitad de un grupo de médicos recomendó cirugía y la otra mitad tratamiento conservador¹⁰². Dos años después del test, 40% de los médicos había cambiado de opinión, en un sentido o en otro.

“El hecho impactante es que muchas decisiones realizadas por los médicos parecen ser arbitrarias, es decir, altamente variables y sin explicación lógica. La consecuencia preocupante es que tal arbitrariedad representa, por lo menos para ciertos pacientes, un cuidado de peor calidad o hasta perjudicial”¹⁰³.

Los estudios de Wennberg y otros autores que señalan la extrema variabilidad entre indicadores de producción en servicios que cubren poblaciones relativamente homogéneas, establecen un tipo de problema que es distinto de la variabilidad de cada proceso a lo largo del tiempo. Este último constituye un fenómeno menos investigado, mas de gran relevancia para la estrategia de la gestión de calidad, porque remite a cuestiones pertinentes que permiten transformar la normatividad espontánea del trabajo en su opuesto, la normatividad exógena, en una perspectiva de continuo perfeccionamiento. Tres de esas cuestiones son:

- ⇒ ¿hacia dónde se orientan las tendencias de la producción en relación al patrón?
- ⇒ ¿hay algún patrón “correcto”?
- ⇒ ¿cómo tornar a los trabajadores conscientes de las causas de variación y cómo instituir formas de discusión colectiva (por ejemplo, entre el cuerpo clínico, otros miembros del equipo de salud y supervisores) que permitan evitar las causas especiales de variación?

Cuando se considera el conjunto del proceso de producción de servicios de salud, su patronización suscita problemas de orden muy especial que no se verifican en el mundo de la fábrica. Veamos algunas de esas diferencias.

¹⁰² Citado en Couch, J. B. *Health Care Quality Management for the 21st Century*, American College of Medical Quality, Tampa, 1991, p. 140

¹⁰³ Idem, p. 139

Al fijarse una especificación técnica para un bien manufacturado ocurren siempre dos procesos concomitantes de patronización: la del producto y la de las necesidades que se pretende satisfacer con su uso. Entre los dos polos está el mercado y sus demandas que pueden ser evaluadas por ciertos métodos de investigación, pero cualquier ajuste del primero al segundo requiere de una inversión adicional y un nuevo proceso de producción. Si una industria produce solamente caños de 2,5 pulgadas de diámetro, no tiene cómo atender a quien necesita de un caño de 2 pulgadas. Es inconcebible que se busquen algunos ítems “desviantes” en media pulgada entre los disponibles, pues esta amplitud de variación ya configura un producto nuevo.

La producción de servicios de salud, sin embargo, debe adaptarse a las necesidades que aparecen inesperadamente y que acaban representando desvíos tanto en términos “cuantitativos” cuanto “cualitativos”. Una sala de cirugía debe estar preparada para emplear un número inesperado de paños de gasas en una operación de apendicitis; y el cirujano debe tener habilidades suficientes para cambiar el tipo de servicio en el caso de enfrentarse con una apendicitis supurada. Pero desde el punto de vista de los costos del producto como del uso de técnicas, la apendicitis simple es bastante distinta de la supurada. La producción, en este caso, es obligada a adecuarse a las necesidades que emergen en el momento exacto del consumo, ya que ambos, producción y consumo, coinciden en el tiempo. En el concepto de servicio (algo que sirve a una persona determinada, derivado etimológicamente de *servus*, esclavo) ya está implícita la noción de adecuación inmediata. Es como si la concepción (*design*) del producto tuviese que ser realizada en el momento mismo de la producción/consumo. Y a esa concepción inmediata del producto sigue una función de producción específica, compuesta de insumos y trabajo apropiados a aquella necesidad.

Llevado al extremo, este razonamiento podría conducirnos a admitir que el servicio, superando la particularización de conocimientos y métodos, se presenta en el plano de lo singular: existen enfermos y no enfermedades y el acto médico se reviste de calidad solamente para **este** paciente, en **este** momento. En la medida en que todo el acto de particularización no sólo atendería a necesidades específicas de cada uno, sino también

conduciría a un mayor grado de satisfacción del usuario con el servicio prestado, un concepto inédito y contradictorio de calidad podría estar siendo generado como un desafío teórico a las corrientes que adoptan esa línea gerencial. Es que, nuevamente llevándola al extremo, esa concepción de servicio como ajuste constante a lo concreto y a lo particular, haría que se llegase a un contrasentido de la noción moderna de calidad: la variabilidad, como desvío a partir de las normas, es la esencia de calidad en los servicios de salud... En cierto sentido, es ese el razonamiento seguido por el personaje El Extranjero en el diálogo de Platón y tal vez lo sea aún hoy para algunos empedernidos defensores de la autonomía médica.

Si se admite la inutilidad de una normatividad exógena y en esto se prejuzgan la autonomía del juicio y la extensión ilimitada del poder de intervención de los médicos, no tiene sentido insistir en el concepto de calidad como objetivo de la gerencia. Si el proceso fuese pertinente solo a la esfera de los seres singulares y concretos, la calidad podría ser vista tal vez como un don inefable, en relación al cual los pacientes apenas deberían comulgar como creyentes en la eucaristía. Así, estaríamos regresando a la concepción religiosa del oficio médico. Además, si la calidad es un atributo existente en actos únicos, no hay tampoco ninguna garantía de que sea reproducible, y no presenta interés desde el punto de vista de la gerencia de los servicios de salud.

No obstante, es preciso ser consciente de los riesgos adscriptos a la otra extremidad de la cuestión: en los servicios de salud, la obediencia rígida a patrones exógenos puede tener consecuencias dañinas en algunas circunstancias o ser ineficaz en otras. El diagnóstico es un proceso inductivo en el cual no todas las señales y síntomas pueden ser igualados a un patrón (en el sentido de *pattern*) que facilite su reconocimiento¹⁰⁴. A su vez, la terapia toma en cuenta numerosas particularidades del individuo y de sus condiciones orgánicas, que pueden escapar a cualquier previsible patrón (en el sentido de *standard*) que oriente la intervención.

¹⁰⁴ Rodrigues, P. M. y Nogueira, R. P. "Fundamentos Científicos do Diagnóstico", *Revista Brasileira de Medicina*, Volume 31, Número 9, Septiembre, 1974, 620-23

A pesar de esas dificultades, numerosos intentos han sido realizados últimamente para conducir a que los actos de diagnóstico y terapia obedezcan a una orientación más uniforme, o sea, a cumplir con patrones exógenos. En parte, ese movimiento puede ser vinculado al sentido mismo del desarrollo incesante de las técnicas médicas, a su aspecto metodológico y al grado de conocimiento general ya alcanzado en el control de determinadas condiciones patológicas. Por otra parte, la uniformización se impone por motivos de orden administrativo, en la búsqueda de una "gerenciabilidad" de los productos y de los gastos en salud. En general, se presupone que una tal patronización de los servicios vendría a la par de un aumento en la eficacia de la acción en salud.

No obstante, la práctica clínica y quirúrgica mantiene aún un gran margen de normatividad de tipo espontáneo en los servicios de salud con alto grado de subordinación al mercado capitalista y al dinamismo tecnológico. La expresión autonomía es la que mejor traduce, inclusive en sentido etimológico, ese margen de independencia. En contrapartida, otras áreas de trabajo dentro del mismo tipo de empresa, los procedimientos ya alcanzan un nivel elevado de patronización; es el caso de los exámenes de laboratorio y de todo lo que se relaciona con el confort, monitoreo y administración de medicamentos que se encuentran tradicionalmente a cargo del grupo de enfermería.

Esa ambivalencia entre, por un lado, la particularización adecuada del conocimiento y de la práctica y, por otro, la generalización necesaria y progresiva de las normas de conducta, no corresponde a una situación *sui generis* de los servicios de salud. Tal tensión es más general y puede ser considerada condicionante de la calidad en todas las actividades comprendidas por el concepto de servicio. Un interesante análisis al respecto fue hecho por el sociólogo alemán Claus Offe:

"...el problema de la 'normalidad' que el trabajo en servicios pretende resolver tiene dos aspectos. Por un lado, la particularidad, la individualidad, la contingencia y la variabilidad (de las situaciones y necesidades de los clientes, estudiantes, pacientes y pasajeros) deben ser preservadas, respetadas y reconocidas. Por otro lado, el trabajo en servicio debe originar fundamentalmente un estado de cosas que esté de acuerdo con ciertas reglas, reglamentaciones y valores generales.

Consecuentemente, un criterio de calidad del trabajo en servicios es que no suprima la individualidad y la especificidad de la situación de un 'caso' en favor de la norma de referencia rígida ni, inversamente, atribuya una tal importancia a las particularidades que las condiciones normales previstas por terceros no sean realizadas"¹⁰⁵.

Relacionamos, como hipótesis, algunos factores que contribuyeron, a lo largo de la historia de los servicios de salud, a una sustitución progresiva de la normatividad endógena por la normatividad exógena:

- ⇒ la evolución general de la tecnología en servicios de salud: cuanto más poderosa o refinada es la tecnología, más normas de uso y cuidados especiales tienden a ser impuestos, inclusive en la práctica clínico-quirúrgica;
- ⇒ la colectivización del proceso de trabajo en los servicios finales, con la diversificación del equipo de salud y el desarrollo de los servicios de enfermería;
- ⇒ el surgimiento del mercado capitalista de bienes y servicios de salud, la regulación gubernamental, la aparición de los seguros (prepagos) de salud y la presencia eventual del Estado como productor directo, que imponen, en conjunto, la necesidad de prever y administrar costos y, simultáneamente, alguna forma de preocupación con la calidad del cuidado.

Cuando listamos así tales factores, tomamos inmediatamente conciencia de que nos estamos refiriendo al conjunto de las condiciones que caracterizan la organización técnica y social de los servicios de salud en las sociedades modernas. No hay, por lo tanto, ninguna razón para no identificar la institución de reglas y patrones como congéneres de la modernidad en los servicios de salud.

Una de las evidentes ventajas de una mayor uniformidad de la producción en servicios de salud es que ella traería consigo, como la otra cara de la misma moneda, una mayor uniformidad del producto. Al predicar una norma aplicable a determinado conjunto de procedimientos de diagnóstico y terapia, debemos al

¹⁰⁵ Offe, C. "O Crecimento do setor serviços", en *Capitalismo Desorganizado*, Brasiliense, San Pablo, 1989, p.136

mismo tiempo discriminar qué grupos o subgrupos de condiciones están comprendidos dentro de ese proceso. Si, por ejemplo, establecemos una regla de cómo actuar frente a casos de infarto agudo de miocardio, debemos tener claro si estamos colocando bajo ese producto-tipo todas las variantes de la condición aludida, o si vamos a distinguir varios productos conforme a la existencia de alguna complicación, condición adicional subyacente, etc. Este es, en breves palabras, el problema enfrentado por los que se dedican a definir los grupos de casos (*case mix*) para hospitales¹⁰⁶. Al fin y al cabo, es este también el problema epistemológico, gerencial y clínico con el que se involucran los que trabajan en la definición y operacionalización de los llamados Grupos Relacionados al Diagnóstico (*Diagnosis Related Groups*)¹⁰⁷. Arribamos aquí a una interfase entre la clínica y la gerencia que presenta un enorme grado de complejidad y no pretendemos ir mucho más allá de la simple mención de las áreas de investigación operacional competentes.

Hay, naturalmente, distintas formas en las que se puede manifestar esa normatividad de la práctica clínico-quirúrgica de acuerdo con el grado de descripción formal. Llamamos la atención para tres de ellas:

- ⇒ las líneas de conducta, que envuelven la discriminación de etapas y procedimientos a ser seguidos en el diagnóstico y en la terapia de determinadas condiciones;
- ⇒ las estrategias, que se concentran en suministrar alternativas y sugerencias en conformidad con ciertos agrupamientos de casos y
- ⇒ el patrón propiamente dicho, que es un conjunto de medidas a ser adoptado con un gran grado de uniformidad, frente al reconocimiento de una condición bien definida.

¹⁰⁶ Hornbrook, M. C. "Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement and Use: Part I. The Conceptual Framework", *Medical Care Review*, Volume 39, Number 1, Spring, 1982, 1-43

¹⁰⁷ Una revisión de los DRGs por parte de los investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública se encuentra en Noronha, M. F. et al "Desarrollo de los "Diagnosis Related Group"- DRGs. Metodología de Clasificación de Pacientes Hospitalares", *Revista de Saúde Pública*, Volume 25, Número 3, San Pablo, 1991, 198-208

En efecto, el proceso de patronización del cuidado de la salud acostumbra seguir un camino de combinación de esas formas normativas.

En las llamadas estrategias de conducta, el "desvío" a partir de la norma suele ser explicitado a través de una serie de condiciones especiales del tipo "si ...entonces". Pero la serie no pretende agotar todas las excepciones posibles, de forma que un buen margen de "variación justificable" en la conducta es abandonada al criterio del médico. De cierto modo, muchos de los vademecum de clínica médica reproducen normas semejantes y las alternativas de intervención son allí presentadas de acuerdo con la probabilidad de ocurrencia de las condiciones variantes.

Un buen ejemplo de patronización de la actividad clínica básica es dado por las líneas de conducta frente a las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños, en la manera preconizada por la UNICEF como parte de la política de sobrevivencia infantil. Comprende una serie de medios y métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento, como una miscelánea de procedimientos técnicos y educativos, orientados a proteger al niño contra enfermedades comunes tales como gripes, neumonía, otitis y otras, cuyas secuelas suelen desfavorecer el curso normal del crecimiento y desarrollo. La eficacia de tales medidas de patronización de la conducta, en este caso y en otras formas de atención primaria, está bien comprobada y alcanza efectos demostrables desde el punto de vista del conjunto de la población asistida. El cuestionamiento que comúnmente se hace a esas iniciativas (y que no pretendemos discutir aquí) es si la eficacia puede ser tomada, en esta y en otras situaciones, como sinónimo de calidad, considerando que el cuidado proporcionado es eminentemente unilateral y dirigido a necesidades muy específicas.

Algunas entidades profesionales, como la Asociación Médica Americana, han venido preocupándose en establecer parámetros de práctica que pueden también ser vistos como una combinación de formas normativas y que tienen la ventaja adicional de no dar a entender que implican necesariamente la disminución del poder de arbitrio de los médicos. Entre esos parámetros existen patrones verdaderos, referentes, por ejemplo, al monitoreo intraoperatorio de pacientes sometidos a anestesia, uso de lidocaína en casos de infarto de miocardio, tests con alérgenos respiratorios y alimentarios, etc.¹⁰⁸.

Esperamos que las observaciones anteriores ayuden a consolidar, en la comprensión de los lectores, la convicción de que la calidad en los servicios de salud debe estar asociada a la “universalidad relativa” de los patrones y normas con su adaptación continua a condiciones concretas. Mas fue poco posible profundizar aquí respecto de las importantes cuestiones de gran densidad filosófica e implicaciones éticas:

- ⇒ ¿Quién tiene autoridad para transformar conocimientos científicos en norma y cómo esta norma se ajusta al caso?
- ⇒ ¿Cómo crear conformidad entre la norma y el servicio prestado, sin descuidar las necesidades particulares de cada individuo?

Entendemos que, en términos amplios, se coloca en esas indagaciones la cuestión nodal de la calidad en los servicios de salud, cuyo análisis no pretendemos extender más allá de este punto. Tal cuestión nodal puede ser declarada a través de una aliteración de efecto poético que puede guiar nuestra reflexión ulterior: *¿Cómo el servicio sirve al ser (humano)?*

VII

La pedagogía problematizadora en la gestión de calidad

PRINCIPIOS Y REFERENCIAS FILOSÓFICAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA CALIDAD

Los principios que podrían ser invocados en la construcción de una estrategia pedagógica para programas de calidad tienen sustancia y rasgos literarios suficientes para convertirse en objeto de tesis filosóficas de gran alcance y profunda erudición. Sin embargo, como las ideas contenidas en este ensayo constituyen meras aproximaciones al tema, apenas apelamos a algunas referencias generales extraídas de la tradición filosófica occidental y en forma bastante resumida. Vale observar que esos principios están contemplados o provienen con naturalidad de los 14 puntos de Deming.

Un primer principio es el de mantener una actitud problematizadora delante de todos los temas de calidad y en todas las etapas del desarrollo del Control de Calidad Total (CCT). Deming, en su famoso libro, da constantes ejemplos de que esa problematización debe comenzar por el propio analista, por el consultor, al formularse ciertas preguntas pertinentes. Son las mismas preguntas que irá a plantear a los demás, es decir, a quiénes están involucrados con el problema identificado. Por un lado, la actitud de preguntar siempre revela la tenacidad de un espíritu inquieto y pronto a poner en duda ciertas verdades bien establecidas. Y por otro lado, la pregunta es puesta como un desafío a una investigación eventual, que debe llevar a identificar evidencias y establecer la veracidad de los hechos. La problematización

instaura la duda como principio y como método de conocimiento. El campo gnoseológico del aprendizaje para la calidad debería ser enteramente ocupado, en su piso de relaciones interpersonales, por esa problematización que es equivalente a una pedagogía de la incerteza, como la denomina Hilton Japiassu. Al tratar del relacionamiento que idealiza con sus alumnos, Japiassu hace una apología de la incerteza tomada como principio de la pedagogía que puede ayudar a liberar al individuo de los mitos científicos tan de moda en nuestros tiempos:

“Para mí, el gusto amargo de la incertidumbre y del dolor íntimo del desamparo frente a un aprendizaje relativizante, incapaz de parámetros absolutos y de dogmatismos marásmicos son extremadamente saludables. Porque es en la angustia de las incertidumbres de las teorías estudiadas, en el hecho de que se sienten perdidos en su proceso de crecimiento intelectual y en el descubrimiento, a veces decepcionante, de que no existe puerto seguro en el dominio del conocimiento, que los alumnos se dejarán poseer por la vida, si es que pretenden poseerla”¹⁰⁹.

Deming se niega igualmente a crear una doctrina cabal, un puerto seguro para las cuestiones de calidad. En lugar de realizar afirmaciones generales, muchas veces se coloca en la posición de quien formula dudas. Y presenta las mismas preguntas que un equipo de calidad debería formularse delante del problema. Un ejemplo que cita es el caso de una operadora que jamás conseguía alcanzar la cuota numérica diaria que la gerencia establecía para la producción y de la que resultaba una extraordinaria acumulación de ítems defectuosos. Deming comenta e indaga:

“Algunos administradores sostienen que tendrían un plan mejor: arrinconarla en la pared ante cada ítem defectuoso. Maravilloso! Dejemos bien claro que no es este el lugar para cometer errores y producir ítems defectuosos. En realidad, se trataría de una gerencia cruel. ¿Quién decide lo que configura un ítem defectuoso? ¿Estará claro para el obrero y su jefe -para ambos- en qué consiste un ítem defectuoso? ¿Quién produce el ítem defectuoso? ¿El obrero o el sistema? ¿Donde están las pruebas?”¹¹⁰

¹⁰⁹ Japiassu, H. Op.cit. p.19

¹¹⁰ Deming, Op.cit p.54

La referencia filosófica para ese tipo de actitud que consiste en preguntar insistentemente es la mayéutica de Sócrates. La mayéutica, recuperando su sentido etimológico, es el arte sutil de ayudar a parir el conocimiento del interlocutor, presuponiendo que el verdadero conocimiento viene de adentro. El conocimiento maduro y lo que va a perdurar, orientando ética y afectivamente a un individuo, es siempre fruto de un proceso largo y laborioso de concepción, en el sentido propiamente biológico, de hacer surgir de sí a otro ser. Sócrates imaginaba su papel como el de un mero partero, como dice Kierkegaard:

“El auxiliaba al individuo en un parto espiritual, cortaba el cordón umbilical de la sustancialidad”¹¹¹.

El trabajo de parto se daba por cuenta de otro, de alguien que Sócrates atraía, llamaba hacia el desafío del conocimiento, pero se negaba a tomarlo como discípulo, ya que rechazaba la idea de cualquier relación de dependencia entre individuos.

En nítida contraposición a los sofistas, Sócrates se dedicó a desarrollar un método de conocimiento antiretórico que siempre partía de lo particular y de las situaciones vividas por las personas. Preguntar simultáneamente repone al individuo delante del objeto y remite a una asociación colectiva en el esfuerzo del conocimiento, ya que presupone desde luego por lo menos dos personas interactuando, dialogando. Es aún Kierkegaard quien explica las finalidades de la pregunta:

“Preguntar designa en parte la relación del individuo con el objeto, y en parte la relación del individuo con otro individuo: En el primer caso, el esfuerzo es para liberar al fenómeno de toda y cualquier relación finita con el sujeto. Al preguntar, yo no sé nada y me relaciono de forma puramente receptiva con mi objeto (...). En el segundo caso el objeto es una divergencia a ser ajustada entre quién pregunta y quién responde y el desarrollo del pensamiento se consume en ese paso alternado (alternar pedes), en este claudicar de ambos lados”¹¹²

¹¹¹ Kierkegaard, S.A. *O Conceito de Ironia, Constantemente Referido a Sócrates*, Vozes, Petrópolis, 1991, p.150

¹¹² Idem, p.41

Así, la pregunta no sólo fija la distancia necesaria para comenzar a entender al objeto, sino que también insta a los interlocutores una sociedad o un pacto de interés por el conocimiento que se mueve por la polémica, divergencia y convergencia constantes de una opinión que gradualmente se convierte en conocimiento bien afirmado y asimilado. Pero Sócrates preguntaba también "¿dónde están las pruebas?". Cada pregunta o respuesta debe tener una referencia de objetividad, debe ser acompañada de hechos. La acusación común frente a ese tipo de conducción del proceso de investigación de lo real es que quien lo induce sabe a dónde quiere llegar y va eludiendo su objetivo ante quienes lo rodean. Dicho de otra manera, quien induce el conocimiento es un manipulador de conciencias frágiles. Pero, en verdad, la pregunta, como el propio Sócrates se vio forzado a aclarar corresponde, casi todas las veces, a una mera hipótesis; ella es intuitiva de esa forma también por quien pregunta, en la medida en que él también se sitúa en el medio de esa experiencia de aprendizaje: parte de presuponer que ignora, que nada sabe.

Sócrates insistía en preguntar no acerca de objetos abstractos y generales sino sobre los detalles de la vida cotidiana, buscando las evidencias empíricas y racionales. Ningún detalle le parecía demasiado insignificante para ser excluido de esa forma de pensamiento. Cualquier cosa podría ser considerada, desde que su relacionamiento con el todo fuese puesto en evidencia por una agregación continua de hechos sobre la vida y el trabajo de las personas transformados en argumentos. La dialéctica de Sócrates fue pionera en su preocupación con el sentido social y técnico de las artes y oficios que se reúnen usualmente en una ciudad. Pero él no hacía como Aristóteles y otros pensadores posteriores que, con un propósito de análisis anatómico, descarnaban las ideas de los fenómenos y las elevaban a las alturas de las categorías. La abstracción era obtenida como un reordenamiento de los fenómenos reinterpretados, pero no como ideas puras combinadas entre sí.

Es este mismo papel, aparentemente modesto, el que reivindicamos para el consultor para la gestión de calidad. No el de un mentor, sino el de inductor del conocimiento. Naturalmente, no preconizamos que se siga fielmente una "imitación de Sócrates". Imitar a Sócrates es no sólo difícilísimo sino también

peligroso... La problematización de la calidad tiene propósitos mucho más modestos y concretos que una formación “desarraigadora” del ciudadano, basada en la negatividad de la ironía, como lo hacía Sócrates en su método mayéutico. En la dialéctica de la calidad, los momentos de la abstracción y de la generalización tienen mucho más relieve y función, son indispensables para una validación científica. La constante formulación de preguntas es solamente la manera más apropiada de convertir la multiplicidad fenoménica en una unidad inicial de pensamiento que centraliza la investigación y descentraliza a quien pregunta. El consultor, al formular la pregunta, lo hace en la misma condición de un miembro cualquiera del grupo: formula una pista más, de inmediato pasa para los otros, para el grupo como un todo, la responsabilidad de ser señor de su propio aprendizaje. Al contrario, en la línea antisocrática de enseñanza de la calidad por parte de los consultores de empresas (que es la misma de las escuelas tradicionales), el consultor siempre **afirma y expone**; y quien pregunta es quien está aprendiendo y quien aparentemente todo lo ignora sobre el asunto. El aprendizaje que de allí resulta, si es que lo hay, es el desarrollo de la capacidad de aplicar lo general a lo particular, rígidamente, como hacía el discípulo de los antiguos sofistas. Actuando el papel de mentor, de expositor del conocimiento, el sofista disponía de una especie de rosario para ser rezado en cualquier circunstancia, como dice Kierkegaard:

“(..) un rosario de loci commune (lugares comunes), que rezado frecuentemente lo coloca en condiciones de poder, a toda hora de decir algo sobre el caso particular, proponer algunas consideraciones al respecto, citar algunas razones a favor o en contra. Pues cuanto más categorías de ese tipo alguien tuviere, cuanto más entrenado estuviese en aplicarlas, tanto más culto será. Esta era pues la cultura que los sofistas enseñaban a las personas”¹¹³.

Actualmente, los medios audiovisuales son el equivalente de los recursos de oratoria que usaban los antiguos sofistas en su altivez engreída y pedagógicamente ineficaz. En el fondo, el

¹¹³ Idem, p. 160

posicionamiento delante del uso del saber y del aprendizaje continúa siendo el mismo. Acosadas por el pánico a las penas del infierno de la mala calidad, las empresas continuarán comprando y usando esos rosarios y continuarán recibiendo con constricción las **indulgencias científicas**¹¹⁴ distribuidas por los nuevos sofistas.

Pasando a otro aspecto de esa temática, queremos llamar la atención sobre la importancia de la actitud epistemológica problematizadora, en lo que es el principal objeto de reflexión para el proceso de perfeccionamiento continuo de calidad: el error. En la concepción de Deming, no basta que se demuestren las causas frecuentes del error; es más decisivo que el error sea un objeto de constante cuestionamiento (y no de acusaciones recíprocas) entre los trabajadores y la gerencia, teniendo en vista el perfeccionamiento continuo de los procesos.

Una interpretación filosófica que hace un perfecto eco al pensamiento de Deming en este particular es la epistemología de Gastón Bachelard. Para este filósofo francés, el conocimiento objetivo es, psicológicamente, un producto de los esfuerzos para superar el error. No existe objetividad científica sin la historia anterior de un error rectificado:

“Una psicología de la actitud objetiva es una historia de nuestros errores personales”¹¹⁵.

En este sentido, plantearse una pregunta apropiada es la mejor forma de comenzar a rectificar el error. Lo que se necesita problematizar no son sólo las causas y las circunstancias variadas que generan los errores, los defectos o aspectos indeseables en los productos, sino también la forma de obviarlos a través de una estrategia colectiva.

Aquello que los programas de calidad deben perseguir en su desarrollo educacional global es que tal estrategia tenga por respaldo en sus agentes, las personas, una combinación apropiada entre la educación general y la calificación para el

¹¹⁴ Esa deliciosa expresión la recogimos de Kierkegaard, que habla de ciertos personajes de su época que eran verdaderos “vendedores de indulgencias científicas”, *Op.cit.* 159.

¹¹⁵ Bachelard, G. *La formation de L'Esprit Scientifique*, J.Vrin, Paris, 1975, p.239

trabajo. Los consejos de Deming son muy precisos en ese sentido; él sugiere claramente que se combinen siempre actividades formales e informales, pero que jamás se debe limitar la atención a lo que parece ser lo “necesario” o “pragmático” para fines de operación de los servicios. Lo que parece ser inútil hoy, será el must de mañana y viceversa. La educación permanente rinde frutos a largo plazo y, por lo tanto, hasta las opciones individuales y aparentemente “desvinculadas” del contexto merecen ser incentivadas.

Ese compromiso con un conjunto diversificado de líneas educativas, variando de cursos que proporcionan conocimientos “puros” y “generales” a entrenamientos orientados hacia los problemas específicos del trabajo cotidiano, no es una casualidad dentro de la filosofía de la gestión de calidad, sino que forma parte, como insistía Ishikawa, de su propia esencia. Aquí debe hacerse justicia a los antiguos sofistas. Si la pedagogía puede asumir tan amplio papel y justificarse como objetivo de constantes esfuerzos y gastos es porque, en la gestión de calidad, deben ser tomados al pie de la letra dos principios que fueron formulados por esos padres de la pedagogía en el mundo occidental, los antiguos sofistas. El primer principio es que la naturaleza humana está normalmente apta para el bien y, por lo tanto, como decía la tesis de Pitágoras enfrentada a la de Sócrates, las virtudes de la ciudadanía no son innatas sino que pueden ser aprendidas por el hombre común en conjunto con otros conocimientos más prácticos. El segundo principio (y todavía contra la sabiduría puramente negativa de Sócrates) viene como consecuencia y es que la educación cultural debe ir en unión permanente con la educación para el ejercicio de funciones técnicas¹¹⁶. Ciudadanía y profesionalización deben ambas tener idénticos pilares de conocimiento y de valores humanos.

Para finalizar nuestras observaciones sobre el valor de la educación permanente reproducimos aquí una cita de Deming, retirada de un seminario de 1985, que nos parece ser una síntesis perfecta —perfecta por no ser normativa y ser expresiva del estilo muy ingenioso y particular de Deming— de todo lo que fue dicho acerca de la perspectiva educacional para la calidad:

¹¹⁶Ver Jaeger.W. Paideia, *A Formação do Homem Grego*, Martins Fontes, San Pablo, 1979, pp.311 ss.

“¿Cómo ayuda usted a que las personas se perfeccionen? ¿Qué entiende por perfeccionar? Si me preguntan, diría que yo siento que hay un temor generalizado a la educación. Las personas temen hacer un curso cualquiera. Puede no ser el más apropiado. Mi consejo es: tómelo y descubra cuál es el mejor posteriormente. ¿Y cómo usted sabe que ese no es apropiado? Estudie, aprenda, desarróllese. Muchas empresas gastan bastante ayudando a su personal de una u otra forma a aprender aritmética, geología o sobre engranajes. Usted nunca sabe lo que podrá ser usado, lo que puede serle necesario. Quien piensa que tiene que ser práctico no va a permanecer aquí por mucho tiempo. ¿Quién sabe lo que es ser práctico? Ayude a las personas a perfeccionarse. Quiero decir, a todo el mundo”¹¹⁷.

¿POR DÓNDE COMENZAR?

El mundo intelectual de la gerencia padece de un vicio: que cualquier iniciativa tendiente a la introducción de un cambio organizacional debe siempre ser precedida por un proyecto. Se considera que la iniciativa en ese sentido sólo existe a partir del momento en que su espíritu se encarna en el cuerpo tangible del proyecto. Parece que esa es la forma que encuentran los ejecutivos de disminuir sus angustias delante de las incertezas del futuro económico y de la imprevisibilidad del comportamiento humano, de tal modo que puedan contar con la objetividad de las metas y de los presupuestos, para sentirse más seguros en las pausas tempestuosas en que se dan las negociaciones internas de las empresas. Poco importa, como todos saben, lo que surgirá en nombre del proyecto y que lo que se maniobrará en nombre del realismo poco coincida, al final, con lo establecido en el papel. Tampoco importa, como frecuentemente sucede, que todo comience y termine con el proyecto. Queda resguardada, de todos modos, la ficción de racionalidad de la administración por objetivos.

En el momento de decidir la adopción del Control de la Calidad Total (CCT), la pseudo-racionalidad de la administración por objetivos discrepa dramáticamente de la lógica de los com-

¹¹⁷ Walton, M. *The Deming Management Method*, The Putnam Publishing Group, Nueva York, 1988, pp. 84-5

portamientos humanos que presiden esos procesos de cambio organizacional. El CCT admite, naturalmente, una planificación racional, pero existen formas diversas de concebir esa planificación y, por consecuencia, hay maneras diversas de que el espíritu del proyecto sea asimilado por la dirección y por los trabajadores de la empresa.

Mil razones prácticas pueden ser alegadas para comenzar por el proyecto: facilita el financiamiento externo o la negociación interna, hace explícita las actividades de responsabilidad de los consultores, etc. Pero comenzar por ahí acarrea, por el contrario, el riesgo de expropiar su espíritu: ¿quién puede realizar un detalle inicial de metas y de costos sino los consultores externos?

No hay como negar que la ayuda de los consultores es imprescindible en el desarrollo del CCT, y el hecho de actuar "desde afuera" puede favorecerlo por la autoridad del conocimiento y la exención de ánimo en las disputas internas. Pero si se demanda de ellos el proyecto inicial, aunque este se denomine propuesta preliminar o algo similar, es inevitable que la iniciativa transite a sus manos. Cabrá a ellos decir lo que deberá ser hecho en corto plazo, y si esto disminuye la ansiedad de los dirigentes con procesos de desarrollo poco previsibles, puede inducir también la visión de que el proyecto es de responsabilidad de otros. Muchas veces, la situación se agrava porque el proyecto es genérico e incapaz de contemplar las especificidades de los objetivos de calidad de la empresa o las estrategias apropiadas para comenzar a ponerlos en práctica. Pero es justamente en ese escenario, desprovisto del sentido específico de la calidad, que entran y actúan los que se sienten autorizados a "enseñar" los principios y métodos del CCT bajo el pretexto de sensibilización de los trabajadores.

Esto que venimos mencionando es particularmente verdadero en la administración pública, con la cual estaremos preocupados en las observaciones que siguen. Lo que más nos detendrá es la discusión del papel del consultor y de la función pedagógica que le corresponde cumplir en procesos de esa naturaleza.

Ishikawa afirma que el CCT comienza y termina con la educación. Con base en un entendimiento similar, proponemos que el proceso de educación para el CCT debe preceder el establecimiento de cualquier otra cosa bajo la denominación de proyecto. O, más precisamente, que la planificación del CCT

emerge gradualmente de dichos procesos educativos. En las etapas iniciales, de entrenamiento propedéutico, no se necesita un proyecto específico. Es suficiente contar con un cronograma de actividades y una previsión de costos. Y esto por una razón simple: aún no están fijadas, en esta etapa, las imágenes-objetivo de la calidad para el producto de la empresa. Particularmente, ni los que son de la empresa ni los consultores externos se encuentran intelectualmente preparados para elaborar el proyecto, a no ser en forma tan empírica o tan genérica que lo tornaría más o menos superfluo. Para comenzar, es preciso justamente una interacción pedagógica entre ambos grupos, que tome en cuenta no sólo la filosofía del CCT sino también las visiones de los que trabajan y dirigen la empresa. En esa interacción podrán conjuntamente ajustar las imágenes-objetivo de la calidad con las estrategias de acción correspondientes.

Dejamos aquí de lado el problema de cómo abordar las cuestiones de calidad para la sensibilización de los dirigentes. Aún no tenemos una opinión bien consolidada a ese respecto, excepto por la certeza de que el "lenguaje de vendedor" tiene reducida eficacia en las instituciones públicas, donde los ejecutivos esperan una postura más intelectual y más analítica delante de propuestas innovadoras.

Como fue visto anteriormente, el CCT exige todo un conjunto variado de procesos educativos: la educación general (no relacionada con funciones específicas del trabajo), la formación técnica para determinados perfiles ocupacionales y la calificación permanente a través de eventos formales y en el propio trabajo, a fin de mejorar el desempeño en una función dada. Pero exige también el aprendizaje continuo sobre calidad que, en el proceso formal del CCT, se inicia en la llamada etapa de sensibilización y prosigue en el trabajo cotidiano de los equipos o círculos de calidad. Cuando decimos que la planificación del CCT debe estar subordinada al desarrollo de la educación, nos estamos refiriendo específicamente a esa última forma de aprendizaje: es una planificación permanente sometida a las imágenes-objetivo que emergen del aprendizaje continuo sobre calidad. Pero, considerando ese principio, podemos volver a preguntar: ¿de dónde saldrá el proyecto inicial?

La formulación del proyecto de CCT, especialmente en instituciones públicas, debe estar revestida de una legitimidad que

abarca varios planos: institucional, gracias a la sanción dada por los dirigentes; política, por la selección de personas con notable liderazgo; técnica, por la combinación entre conocimientos sobre cuestiones generales y específicas de calidad, que se facilita por la cooperación de consultores. Esas distintas dimensiones de legitimidad son aseguradas cuando el proyecto nace directamente de las actividades de una comisión interna de coordinación de calidad designada por la dirección de la empresa. Efectivamente, tal comisión tiene que existir sustentada en tales requisitos y compuesta por personas que reúnan una o más de las siguientes características: respetabilidad por su trabajo anterior, liderazgo junto a los diversos segmentos de funcionarios, conocimiento de los problemas concretos de calidad en la empresa y creatividad para proponer soluciones inéditas. No consideramos conveniente que esa comisión incluya ejecutivos de la alta dirección ni "representantes" de los departamentos o unidades de la empresa. Sus miembros deben estar ahí presentes debido a criterios de liderazgo y/o de talento para contribuir en el CCT. Contando con personas de tales características, no es difícil que la comisión asuma no solo el acompañamiento del CCT sino también diversas funciones de planificación.

Viendo que la comisión de coordinación de calidad tiene que pasar por un proceso de capacitación propedéutica para la calidad, recomendamos que el proyecto inicial de CCT sea uno de los subproductos de esa capacitación. Este proyecto sólo debe ser formulado cuando la comisión ya se sienta perfectamente segura en cuanto a las imágenes-objetivo de la calidad que se propone alcanzar en el futuro y tenga un diagnóstico preliminar de los problemas que dificultan el alcance de tales objetivos dentro de la empresa.

Hacer que el proyecto inicial surja de la capacitación de la comisión de coordinación tiene la ventaja de agregar al proceso mayor consistencia pedagógica, en el sentido de evitar que se convierta en una mera revisión de principios y métodos, más o menos generales. La comisión, en este caso, deberá estar preparada para razonar sobre objetivos específicos de la calidad y sobre cómo alcanzarlos en el futuro dentro de la empresa. Esto orienta la capacitación dentro de finalidades pedagógicas apropiadas y que son también útiles para el CCT como un todo. No

importa si la formulación por escrito tuviera que ser ejecutada por un subgrupo de esa comisión: el proyecto aparecerá a partir de ese momento como un trabajo colectivo y debidamente legitimado.

Así, con estas recomendaciones, la cuestión de por dónde comenzar se retraduce en cómo comenzar, de manera tal que las personas se identifiquen efectivamente con el proyecto de calidad. Y la forma de promover esa identificación es, a nuestro entender, asegurar desde el inicio la preeminencia del proceso educativo en relación al de planificación. Una alternativa de formalizar y legitimar el proyecto, en consideración a ese principio, es hacer de él un subproducto del entrenamiento propedéutico de la comisión de coordinación.

EL ENTRENAMIENTO PROPEDÉUTICO PARA LA CALIDAD

Muchos de los entrenamientos propedéuticos para la calidad parten del presupuesto pedagógico implícito de que el papel de los consultores es el de exponer los principios generales del CCT para su audiencia, con la ayuda de transparencias de acetato, diapositivas y filmes. Desfilan ordenadamente, delante de una platea relativamente curiosa y entusiasmada, pero de buen comportamiento, todos los actores de reparto y escenografías que componen el tema de la calidad: la necesidad de oír la voz del cliente, la exigencia de disminuir la variabilidad de los productos, la importancia de la participación de todos y del orgullo individual, etc.

Tales entrenamientos no dejan de tener su suceso de público, motivado por la fuerte atracción intelectual de esas ideas y por la "sintonía" natural con cosas en que los propios trabajadores ya creían antes. Hay que dudar, no obstante, de su eficacia pedagógica. Nadie aprende samba en el colegio (como ya decía la canción de Noel), ni viendo el desfile de las escuelas de samba, por más bonito que sea el espectáculo. También nadie aprende habilidades cognitivas por asistir a buenas conferencias y presentaciones. Tiene que ser eliminado el antiguo prejuicio de que el aprendizaje ocurre por asimilación de nociones nuevas. En el caso presente, ese prejuicio es reforzado por la apariencia

de modernidad de una didáctica de medios audiovisuales. Pero la metáfora apropiada para describir tal concepción pedagógica es aún la del pizarrón, dada la pasividad presupuesta del sujeto del aprendizaje: el intelecto de los trabajadores y de los técnicos sería una especie de pizarrón donde las nociones estarían escritas y organizadas en el orden de la presentación. El problema es que, al hacer *tabula rasa* de los conocimientos y habilidades anteriores de la clientela, lo que se aprende en esos entrenamientos tiene la misma perecibilidad de lo que se escribe en el pizarrón.

No se puede condenar a los métodos expositivos por sí mismos; es necesario criticarlos cuando las habilidades a ser desarrolladas tienen un amplio espectro y dependen de una clientela con capacidad de abstracción poco uniforme, que será el caso de las empresas en el campo de la salud. Por otro lado, en el aprendizaje continuo sobre calidad están presentes no solamente los objetivos cognitivos, sino también los afectivos. Para tener una idea de su alcance y amplitud, esos objetivos pedagógicos pueden ser descriptos en esta lista incompleta:

- ⇒ capacidad de elaborar y discutir conceptos sobre calidad en general y para los productos de la empresa en particular;
- ⇒ capacidad de realizar trabajo constructivo en grupo;
- ⇒ dominio de métodos de análisis sistemático de situaciones y problemas, con base en datos recolectados regularmente;
- ⇒ capacidad de valorización estética y de gusto por el trabajo, que lleva al individuo a enorgullecerse por la tarea que realiza;
- ⇒ etc, etc.

Tanto en los entrenamientos iniciales o de sensibilización como en los subsiguientes, la clientela envuelta en esa experiencia de naturaleza pedagógica tiene dos características relevantes: en primer lugar, se trata de individuos adultos, dotados de esquemas cognitivos maduros y consolidados; en segundo lugar, se encuentran en el ejercicio de tareas de trabajo y, para eso, ya desarrollaron previamente ciertas concepciones o intuiciones sobre cómo interpretar los aspectos esenciales de la calidad, tanto en relación a los procesos de trabajo, como a los productos y a los clientes de la empresa. El abordaje que pro-

ponemos consiste en entender que las imágenes-objetivo de la calidad no precisan ser importadas o introyectadas, simplemente pueden resultar de una reflexión progresiva sobre lo que las personas ya están acostumbradas a hacer o a pensar en lo cotidiano de su trabajo.

En otras palabras, presuponemos que la calidad no es algo totalmente nuevo para los que trabajan; sus dimensiones técnicas, éticas y estéticas no les son ajenas. Las imágenes-objetivo de la calidad apenas precisan ser reflexionadas y reformuladas con más profundidad y amplitud; esto se hace paso a paso con base en representaciones intuitivas preexistentes. Por imagen-objetivo se entiende una proposición en que el objetivo no es descrito de una forma empírica, pero está impregnado de significados e interpretaciones conceptuales que buscan atender a los principios de la calidad y a otras prioridades del trabajo en la empresa.

Siguiendo esa línea de desarrollo progresivo de habilidades, la comisión de coordinación debe actuar como un equipo de calidad desde el primer momento. Ejercerá tareas similares a las que estará acompañando posteriormente cuando se inicie la formación de los múltiples equipos de calidad. Tareas que incluyen, por ejemplo, la definición del alcance de su trabajo en grupo y la adopción de métodos científicos para identificar problemas. La dinámica del grupo tiene que ser una preocupación constante y la autoevaluación servirá para aprender sus características psicológicas. Así, el programa de entrenamiento propedéutico de la comisión de coordinación comprendería las siguientes actividades:

1) Revisión de la misión de la empresa

La misión está compuesta por un conjunto de metas políticas que ayudan a limitar los objetivos de la calidad, incluyendo principios y objetivos de las políticas sectoriales. Son referenciales que apuntan a resguardar el interés público y, al mismo tiempo, sitúan ciertas prioridades y los aspectos de la coyuntura sociopolítica en que se desarrollarán los objetivos de la calidad. Es el momento de oír la “voz del dirigente” y de rever documentos y estudios para recomponer directrices políticas.

2) Determinación de las imágenes-objetivo de calidad

Consiste en determinar los rumbos de las acciones pro-calidad dentro de la empresa, teniendo en cuenta no sólo los principios de calidad en el CCT sino también los referenciales de la misión. Es el momento de centrarse en la “voz del consumidor”, poniendo en discusión todas las experiencias y medidas que permitan volverlas tangibles. Se parte necesariamente de lo que las personas ya saben sobre las propiedades de los procesos y de los productos que provocan orgullo por el trabajo realizado y satisfacción a los consumidores. Se comienza por el análisis de la interfase empresa/consumidor y se continúa con la interfase proveedor interno/cliente interno. Se obtendrá como resultado final un conjunto de imágenes-objetivo a ser cumplidos por el CCT en la empresa. Textos, material documental y eventuales exposiciones de consultores constituyen contribuciones de gran valor en esta etapa, siempre y cuando entren en escena en función de los temas que están siendo discutidos.

3) Identificación de los macroproblemas de calidad

Es el trabajo más delicado y el que tal vez lleve más tiempo de análisis durante el entrenamiento propedéutico. Su propósito es determinar los grandes problemas que la empresa enfrenta para alcanzar las imágenes-objetivo de calidad. Por eso, este diagnóstico se da en función de las imágenes-objetivo; son estas las que ayudan a ver dónde están los problemas, revirtiendo la tendencia usual de poner el diagnóstico en primer lugar. Los problemas pueden ser detectados con base en las experiencias individuales y en informaciones recolectadas en los diversos departamentos de la empresa. Tal vez se arrije a una lista excesivamente larga, la que hará sospechar que están siendo incluidos algunos problemas que no pertenecen al nivel “macro”. En general, a un macroproblema se subordina una serie de otros de menor relevancia; la jerarquización por peso atribuido a cada uno se vuelve necesaria con la intención de seleccionar los más importantes, o sea, “los pocos pero vitales”. Algunas herramientas de la calidad como hoja de verificación, *brainstorming*,

diagrama de Ishikawa, diagrama de Pareto, etc. pueden ser ejercitados durante el proceso de diagnóstico¹¹⁸.

4) Determinación de las estrategias de las iniciativas pro-calidad

En esta etapa, el entrenamiento del grupo de coordinación se concentra en la elaboración de propuestas para controlar varios de los aspectos estratégicos del proyecto de CCT: qué medios de comunicación y de propaganda deben usarse para ayudar a crear un clima interno favorable al CCT, cómo realizar los subsiguientes entrenamientos propedéuticos para el conjunto de los trabajadores y técnicos de la empresa, cuál sería el alcance y profundidad de las iniciativas considerando las unidades o departamentos de la empresa y los macroproblemas de calidad, cómo y dónde estimular la formación de los equipos de calidad, qué responsabilidades específicas de individuos y de subgrupos pueden ser señaladas dentro de la comisión, etc. Conviene que esas iniciativas sean concretamente correlacionadas con otros elementos de la estrategia de actuación de la empresa a mediano y largo plazo, de modo que se resguarde el precepto de que el CCT es una filosofía de gestión encuadrada en la planificación estratégica general de la empresa.

5) Actividades complementarias

Incluyen la autoevaluación de la dinámica de grupo, tareas adicionales para consolidar el material resultante del entrenamiento de modo que subsidie la elaboración del proyecto y, por último, la propia elaboración del proyecto preliminar de calidad por parte de un subgrupo de la comisión.

¿Cuál es el papel del consultor en las diversas etapas del entrenamiento propedéutico? La función más importante del consultor es auxiliar al grupo a formular para sí mismo una serie de buenas preguntas. Una buena pregunta es aquella por detrás de la cual pueden estar las imágenes-objetivo o los macroproblemas más relevantes para la empresa. Es decir, el consultor,

¹¹⁸ Ver Brassard, M. GOAL/QPC. *Qualidade: Ferramentas para uma Melhoria Contínua*. Qualitymark, Rio de Janeiro, 1991.

ayudado por la interacción en el grupo, precisa tener la intuición o una visión anticipada de esas imágenes-objetivo y macro-problemas, pero no le corresponde explicitarlos desde el comienzo o anticiparse al caminar del grupo. El propio esfuerzo de razonamiento y discusión del grupo es el que ayudará a consolidar todo lo que va emergiendo como aprendizaje colectivo en ese proceso; tal esfuerzo podrá señalar, inclusive, cuestiones decisivas no vislumbradas por el consultor. Por lo tanto, su tarea principal radica en construir preguntas relevantes, o sea, en problematizar los diversos aspectos de la calidad en la empresa. Pero él también tiene que situarse en un cierto plano de regulación de la dinámica de grupo, en el que precisa organizar las diversas interpretaciones y los hechos aducidos; es importante, por ejemplo, saber enfrentarse a los conflictos y establecer métodos de juicio por votación o consenso, para que las reflexiones y los puntos de vista diversos puedan ser encaminados a una conclusión consistente. Esas funciones se complementan con el ejercicio necesario de su autoridad de saber, en la organización de la secuencia de las actividades, en la selección de textos para lectura y materiales audiovisuales y en las eventuales exposiciones cortas para motivar o redireccionar los debates en grupo.

Saber problematizar de forma pertinente no es apenas formular nuevas preguntas que emergen de los temas en discusión; es también remitir el razonamiento del grupo a las evidencias empíricas capaces de fundamentarlo: ¿basándose en qué usted afirma eso? ¿qué tal si vemos cómo piensan los demás? ¿qué tal realizar una pequeña encuesta en la empresa? ¿vamos a consultar la documentación y recolectar datos sobre eso? ¿de qué manera debemos recolectar la información?

El arte del consultor está en desempeñar todos esos papeles y, al mismo tiempo, garantizar que los participantes lo visualicen como un miembro más del grupo, un miembro con un papel destacado, más poseído por la misma buena voluntad de contribuir y aprender que caracteriza a todos los demás.

El empleo de las herramientas así como de los preceptos del CCT marca, en ese punto, la diferencia con los métodos de entrenamiento positivo. Enseñar una carta de control estadístico de calidad fuera de sus aplicaciones en la empresa es como exponer preceptos de calidad por sí mismos: las personas salen ilustradas pero no aprenden. El criterio de aprendizaje de las

herramientas es también el de la posibilidad de uso en situaciones efectivas de planificación, porque el uso en situación real ofrece la ocasión de satisfacción con los resultados alcanzados por el esfuerzo individual y grupal. Para entender el alcance de esa afirmación, basta considerar que cada participante del entrenamiento es simultáneamente un proveedor y un cliente, motivado por la posibilidad de enorgullecerse de lo que es capaz de hacer y de obtener satisfacción con sus productos. Los entrenamientos expositivos sustraen al participante esa posibilidad de actuar motivadamente como proveedor de su aprendizaje: lo transforman en un pasivo cliente de otros; la satisfacción en el proceso se limita a la aprobación del desempeño ajeno.

El uso de medios didácticos y de trabajo para manejo de las herramientas de calidad suscita una serie de cuestiones similares. Un aspecto de creciente importancia, en ese sentido, es el del empleo de los recursos de informática. Todas las herramientas usuales (diagramas de Pareto y de Ishikawa, mapas de control, etc.) pueden ser aprendidas y tienen su aplicación facilitada mediante una planilla electrónica con ambiente gráfico. El computador siempre facilita la confección de la base estadística y lógica de la herramienta, pero no siempre su empleo inmediato es lo más aconsejable para fines de aprendizaje, especialmente cuando el uso de la herramienta auxilia el desarrollo de la dinámica de grupo.

El problema pedagógico introducido por la posibilidad de uso del computador en esa área es de dos tipos: ¿cuándo recurrir al computador? ¿hasta qué punto la confección de la herramienta debe ser automatizada por programación previa? El diagrama de Ishikawa, por ejemplo, puede ser construido directamente en el computador, pero la identificación de las causas y efectos es mucho más oportuna y dinámica cuando el grupo interactúa libremente y va formulando sus hipótesis en una hoja de cartulina; posteriormente, con los resultados ya revistos, se puede pasar el diagrama al computador. En este caso, un método manual tiene mejor efecto pedagógico. Pero hay situaciones en las que el uso directo del computador puede facilitar tanto la tarea pedagógica cuanto la de aplicación rutinaria de la herramienta. En nuestra opinión, los mapas de control estadístico deben hoy ser aprendidos y construidos con uso inmediato de planillas gráficas. Poco se gana con la memorización de sus pará-

metros y detalles estadísticos, siendo tal vez más importante entender el significado de los límites de control y de los desvíos que comprender la mecánica de elaboración del mapa.

Debe ser mencionado aquí que la socialización creciente del uso de la informática abre múltiples potencialidades cognitivas en relación al control de procesos: una simple planilla gráfica resume hoy a todas las herramientas que se utilizan habitualmente en el CCT y agrega otras virtuales, que pueden comenzar a ser aplicadas sin mucho esfuerzo. Es decir que no hay razón, dada la posibilidad de creación e innovación virtualmente ilimitada de procesamiento de datos y de ilustraciones gráficas a través de los nuevos software, para que un grupo se vea limitado a la batería tradicional de herramientas. Insospechadas herramientas de control de procesos pueden ser creadas o remodeladas a partir del uso de computadoras. Lo importante es que la imponente de la máquina y las maravillas de los ambientes computarizados gráficos no apaguen la lógica de la problematización: en cualquier circunstancia, lo que debe ser realizado en primer lugar es el planteo y la comprensión del problema.

Lejos de la preocupación por formular y formatear problemas, no podremos obtener cualquier aprendizaje verdadero, sino apenas ilustración. De la misma manera, distantes de la preocupación por descomponer el error en sus causas, lo que obtendremos será nuestra propia punición eterna. Lo que se necesita es que el caminar sea orientado por el sentido del problema pedagógicamente analizado y por el sentido del error pedagógicamente rectificado.

PXS04

ISBN: 92 75 32205 8

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD