



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO A PARTIR DE UN CURSO DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA CALIDAD EN EL SERVICIO

INFORME DE PRÁCTICAS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MILAGROS PALACIOS SÁNCHEZ

DIRECTORA DEL INFORME DE PRÁCTICAS
ISAURA LÓPEZ SEGURA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM 132
2010

M.-

TPs.

AGRADECIMIENTOS

Josué Asael:

Gracias por tu paciencia, tu apoyo, tu confianza y tu amor, eres mi mayor motor para seguir adelante, mi mejor amigo para obtener consejos, mi compañero para no sentir soledad y mi cómplice para seguir con mi locura y mi esposo para toda la vida.

A mi madre:

Por estar al pie del cañón todos los días de mi vida y por tu amor incondicional que alimenta mi alma y mi espíritu para seguir siempre adelante, tienes toda mi gratitud y admiración como mujer, madre y esposa.

A mi padre:

Por enseñarme que los problemas se pueden superar y que nunca hay que rendirse por más fuerte que sea la vida y los errores, eres un hombre fuerte y tu fortaleza se refleja en mí. Gracias.

A mis hermanos:

Linda, por darme momentos de alegría y ejemplo de juventud e inocencia. Por permitirme darte consejos para hacer tu vida y por conocer a la mujer en la que te has convertido. Gracias por tu apoyo.

Jaime, tu alegría por la vida inspira y contagia a ser como tú y ser mejor cada día, a pesar de las situaciones adversas nos levantas con una sonrisa y esa es tu mejor virtud. Gracias.

Alicia y Carolina:

Su amistad es el regalo más gratificante que he recibido de la vida y por lo cual estoy agradecida, estoy orgullosa de saber que son mujeres con valor, coraje, alegría y decisión y todo ello lo transmiten en cada consejo, cada risa o cada lágrima. Las quiero mucho.

A las zorras

Por que cada día que pasa me dan una lección de vida que se queda marcada en el alma, son mujeres que no se rinden nunca y que brillan tanto que se distinguen de cualquier otra persona, somos una familia que tiene bien cimentados sus valores y sus metas.

Me tomaría hojas enteras en agradecimientos por todo lo que me han enseñado, por las veces que han levantado y compartido conmigo secretos, risas y llanto. Han llenado mi alma de gozo.

A mi hija o hijo

Espero que siempre estés orgullosa (o) de mi, quiero que sepas que mueves todo mi mundo y aumentas mi alegría y locura. Gracias por existir.

MILAGROS

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	8
1. ANTECEDENTES CONTEXTUALES	11
1.1 HISTORIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER	11
1.2 MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL DE LA MUJER	17
1.3 SITUACIÓN ACTUAL	17
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS	19
2.1 LA CAPACITACIÓN	19
2.1.1 DEFINICIONES DE CAPACITACIÓN	19
2.1.2 DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	22
2.1.3 CLASIFICACIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.	23
2.1.4 VENTAJAS DE LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	24
2.1.5 DISEÑO DE LA CAPACITACIÓN	25
2.1.6 OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA CAPACITACIÓN	27
2.1.7 EL INSTRUCTOR	28
2.2 EL CAMBIO	32
2.2.1 TIPOS DE CAMBIO	33
2.2.2 CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN	35
2.2.3 CAMBIO DE ACTITUDES	38
2.2.4 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES	39
2.2.5 FUNCIONES DE LA ACTITUD	40
2.2.6 FORMACIÓN DE ACTITUDES	41
2.2.7 MODIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES	43
2.2.8 CLIMA LABORAL Y FORMACIÓN DE ACTITUDES	44
2.3 EQUIPOS DE TRABAJO	46
2.3.1 ORIGEN DE LOS EQUIPOS.	46
2.3.2 DEFINICIÓN DE EQUIPO	47
2.3.3 FORMACIÓN DE EQUIPOS	48
2.3.4 EVOLUCIÓN DE LOS EQUIPOS EN LAS ORGANIZACIONES DE TRABAJO	51
2.3.5 DEFINICIONES DE INTEGRACIÓN	51
2.3.6 INTEGRACIÓN DE EQUIPOS	52
2.3.7 EQUIPOS EFICACES	53
2.3.8 TIPOS DE EQUIPOS	56
2.3.9 EQUIPOS DE TRABAJO ENFOCADOS EN EL SERVICIO DE CALIDAD	59
2.3.10 VENTAJAS DE LOS EQUIPOS	61
2.3.11 MOTIVOS DE DESAJUSTE ENTRE INDIVIDUO Y EQUIPO Y VICEVERSA.	62

2.4 CALIDAD Y SERVICIO	63
2.4.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD	65
2.4.2 DEFINICIÓN DE SERVICIO	63
2.4.5 CALIDAD EN EL SERVICIO	66
2.4.6 CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD	68
2.4.7 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	70
2.4.8 LOS TRES ENFOQUES PARA EVALUAR LA CALIDAD	71
3. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN	73
3.1 CÓMO SE CONSTRUYE UNA ESCALA LIKERT	74
3.2 INCONVENIENTES Y VENTAJAS DE LA ESCALA DE LIKERT	77
3.3 MANERAS DE APLICAR LA ESCALA LIKERT	77
3.4 ESCALA ATHCT	78
4. EXPERIENCIAS SIMILARES	80
5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	85
5.1 OBJETIVO FUNDAMENTAL	85
5.2 POBLACIÓN DESTINATARIA	85
5.3 EL ESPACIO PARA LA IMPARTICIÓN DEL CURSO	87
5.4 FASES POR LAS QUE DISCURRIRÁ EL PROCEDIMIENTO	88
5.5 ACTIVIDADES PRINCIPALES	88
5.6 MATERIALES, INSTRUMENTOS Y RECURSOS	96
5.7 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	97
5.8 ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	98
6. RESULTADOS	99
7. DISCUSIÓN	114
8. CONCLUSIONES	116
9. LIMITACIONES	119
10 AREAS DE OPORTUNIDAD	120
11. REFERENCIAS	121
12. ANEXOS	124

RESUMEN

En las organizaciones, el trabajo en equipo adquiere un valor incalculable, debido a que es una forma que enriquecer a la misma y que posibilita el desarrollo de competencias, habilidades y experiencias para los empleados. El desempeño del equipo de trabajo como unidad integral genera diversos aprendizajes, al ser combinados una serie de capacidades y aptitudes, al mismo tiempo genera un compromiso. Lo anterior, no siempre se lleva a cabo y como consecuencia se ve reflejado el pobre crecimiento de las instituciones o empresas.

Así mismo la capacitación es parte del proceso de cambio y una herramienta que orienta al desarrollo y mejoramiento de las capacidades laborales de las personas, sin perder de vista que es parte de la planeación estratégica de una organización por lo que se relaciona con la filosofía de dicha organización.

Es por ello que la presente investigación llevada a cabo en el Hospital de la Mujer, tiene por objetivo dar a conocer la importancia del trabajo en equipo a través de un curso de capacitación.

El curso mencionado fue elaborado, desarrollado e impartido por alumnado de la facultad de psicología en coordinación con el departamento de psicología del trabajo. Dentro del hospital en la impartición del mismo se encontraron situaciones que se tuvieron que ir superando o adaptando para poder continuar con el objetivo, mismas que se describen a lo largo de la investigación.

Se utilizó un grupo experimental, que estuvo conformado por el personal que asistió al curso y al cual denominamos grupo 1, y el grupo control, personal al que no se asistió a las sesiones y que nombramos grupo 2.

Tanto a los grupos control y experimental se les aplicó la escala ATHCT (*Attitudes Towards Health Care Team's Scale*/ Escala actitudes de los equipos dirigidos al cuidado de la salud), para conocer la opinión que consideran sobre trabajo en equipo.

Posteriormente al analizar la frecuencia de los datos arrojados, se concluyó que hay una diferencia poco significativa sobre la opinión de trabajo en equipo entre el grupo control y el grupo experimental, no obstante, de acuerdo a los resultados el 60% se inclina favorablemente hacia el trabajo en equipo.

Por lo anterior podemos concluir que el objetivo principal se cumplió, sin embargo, se sugiere dar un seguimiento para fortalecer las actividades que fomenten y mantengan el trabajo en equipo y se aumente la calidad en el servicio para beneficio de sus pacientes y sus integrantes.

PALABRAS CLAVE: TRABAJO EN EQUIPO

CALIDAD EN EL SERVICIO

INTEGRACIÓN

CAPACITACIÓN

SEGUIMIENTO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se considera importante fomentar la integración de los empleados, ya que con esto se obtienen ventajas como: lograr acciones unificadas, mayor identificación entre ellos y con los objetivos de la organización, en general esto se logra a través de encaminar sus acciones hacia la tarea del proceso socioafectivo que ocurre en la interacción humana, con apoyo de la actualización de los conocimientos, el incremento de las habilidades y la modificación de las actitudes de los participantes, de acuerdo con una estrategia formativa para que éstos sean capaces de continuar con el esfuerzo permanente de la integración.

Los equipos orientados al mejoramiento de la calidad, además de organizarse para el trabajo, se dedican a vigilar el desarrollo de las actividades con base en los resultados obtenidos así como a identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas a sus clientes externo e internos.

La atención médica dentro de los hospitales públicos ha sido percibida durante años como un servicio de baja calidad, y esto se le puede atribuir a diversos factores como la insatisfacción de los empleados, la posición prioritaria de metas personales ante las metas de las propias instituciones, etc.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1994, señalan que el 44% de las ciudadanas mexicanas opinan que el principal problema de los servicios de salud es la mala calidad, siendo este el rubro que se mencionó con mayor frecuencia (Frenk et al;1994), de esta manera hablar de esfuerzos por mejorar la calidad en los servicios de salud implica un mejoramiento en la cobertura y en la solución efectiva de los problemas de salud de la población.

Por esta razón México ha asumido diversos compromisos relacionados con la salud integral de las mujeres, especialmente en los instrumentos jurídicos

internacionales que salvaguardan el derecho de las personas a gozar del más óptimo estado de salud.

En la inauguración del tercer Foro Nacional por la Calidad en Salud, se precisó que las mujeres que deben recibir un servicio de calidad, como punta de lanza se nombró al Hospital de la Mujer, la columna vertebral de una nueva red de hospitales federales para atender la salud de las mujeres.

La intención es que el Hospital de la Mujer cuente con un equipo de vanguardia tanto en el ámbito de infraestructura como de capital humano para respaldar la demanda que implicará la entrada en funciones del Seguro Popular.

Sin embargo, con los cambios que han ocurrido en el Hospital a lo largo de su historia y principalmente durante el 2006, ha provocado la indiferencia del personal para con la misión y visión del mismo, como resultado se obtuvo la desintegración de los equipos, el aumento de la resistencia al cambio y poca participación con las metas grupales; para lograr que se de un cambio visible ante esta situación es necesario el compromiso de todo el personal que integra el Hospital.

Dada esta problemática se realizó una intervención por parte de la Facultad de Psicología para coadyuvar a las autoridades del Hospital, realizando un curso-taller para la sensibilización al cambio, tocando puntos cruciales para mostrar un panorama general de la situación actual del Hospital y las consecuencias a las que se enfrentarán tanto de manera personal como organizacional al no implementarse nuevos programas de mejora.

En estos programas es indispensable realizar cambios tanto en el manejo de la información y conocimientos como en la dinámica social, además de poseer las habilidades necesarias para modificar las actitudes y el comportamiento de los integrantes de una institución.

A largo plazo se pretende implementar una cultura organizacional enfocada a la calidad en el servicio en base al trabajo en equipo, y por ello es necesario que los miembros de dicha institución obtengan herramientas para satisfacer las necesidades de sus usuarios internos y externos al brindar un servicio de calidad para el éxito personal y organización.

1. ANTECEDENTES CONTEXTUALES

1.1 HISTORIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

El Hospital de la Mujer se encuentra en el Distrito Federal, depende de la Secretaría de Salud y se especializa en casos de gineco-obstetricia.

El Hospital de la Mujer es una unidad de salud centralizada dependiente de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia. Cuyo propósito principal es la atención de pacientes en las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Oncología Ginecológica y la Atención Neonatal. Recibe a todas las pacientes que solicitan atención, procedentes de toda la República Mexicana.

Entre los momentos más importantes, se pueden considerar:

- **1582:** Había un grupo considerable de población en México de: negros, mestizos y mulatos, por lo que el Licenciado en Medicina Don Pedro López fundo un hospital para su atención; este hospital llevaba por nombre Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados. Este se componía de dos salas, una para hombres y una para mujeres, así como de una pequeña ermita, se destino al mismo tiempo al cuidado de los niños expósitos. Es justamente en el Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, donde, desde la época de su fundación, se formo la primera Asociación de Damas para ayuda de los enfermos.
- **1597:** A la muerte del fundador, el Hospital quedó en manos de su hijo, José López, quien luchó por sostener la institución con ayuda de los religiosos de la orden de Santo Domingo.

- **1598:** El dominico Fernando Alonso viajó a España para solicitar ayuda y gracias a su intervención, y en 1599 el rey Felipe III lo tomó bajo su patronato.

- **1604:** Los Hermanos de la Orden de Juan de Dios llegaron al edificio convirtiéndolo en el primer Hospital de la orden en América, cuya buena fama creció con rapidez.

- **1620:** Inició una nueva etapa en la construcción del conjunto hospitalario: iglesia, hospital y convento. El retablo mayor de la Iglesia se inauguró en 1650 y fue hasta 1673 cuando se terminaron las enfermerías.

- **1624,** (25 de febrero): los hermanos de la Orden de San Juan de Dios “tomaron posesión quieta y pacífica” del hospital. Construyeron un nuevo edificio para el hospital, el convento y el templo, y con sus desvelos y conocimientos, elevan el rango de la institución hasta hacerla ocupar el primer lugar en América. Los medios para sostener el hospital los obtenían implorando la caridad pública.

- **1766** (10 marzo): Un terrible incendio dañó al conjunto hospitalario y la catástrofe fue registrada en una hoja volante.

- **1800** (8 marzo): Un temblor destruyó una parte del conjunto, pero trece años más tarde ya se había reconstruido en su totalidad.

-**1821** Las Cortes Españolas reunidas en Cádiz promulgaron el decreto de supresión de las órdenes hospitalarias y los Juaninos abandonaron el edificio.

- **1826:** Los pocos enfermos que quedaban en el hospital fueron trasladados al Hospital de San Andrés.

- **1830:** Las religiosas de la Enseñanza de Indias utilizaron el inmueble para fundar una escuela y ocuparon el sitio hasta 1834.

- **1845** (Marzo): Las Hermanas de la Caridad se instalaron en el inmueble y lo administraron hasta 1873.

- **1864** Durante el Gobierno del Archiduque de Austria, y como consecuencia de la reglamentación de la prostitución, se le dedico a la atención exclusiva de enfermas con padecimientos venéreos. Al año siguiente recibe el nombre de Hospital Morelos, y es, cuando se inicia su verdadera consolidación científica y técnica bajo el sabio impulso de los doctores Gazano y Macías. Siendo un hospital para prostitutas, según reglamentación de 1865, se inicio la cirugía ginecológica entre 1900 y 1910, auspiciada y dirigida por el doctor Ramón Macias.

- **1875**: La Dirección de Beneficencia Pública se hizo cargo del local, ahora bajo el nombre de Hospital Morelos.

- **1914**: La administración del hospital pasó a manos de la Junta de Damas Católicas y se estableció un hospital para niños, dormitorio para papeleros, asilo para mendigos y un "hospital de sangre".

- Entre **1914 y 1930** se implanta la cirugía vaginal, se sustituyen a las enfermeras prácticas por enfermeras tituladas, se funda la sala de maternidad, y en ella se imparte la cátedra de obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina, se completa la lavandería y se construye un depósito de cadáveres.

- **1937**: El edificio, conocido como "Hospital de la Mujer" fue declarado Patrimonio Nacional.

- **1947**: Se instala un servicio de radiodiagnóstico, y un año más tarde se convierte en Hospital General, de libre concurrencia para mujeres.

- **1949:** Se inaugura un servicio de cancerología y un departamento de citología para la detección del cáncer, que tiene un principio muy modesto, pero fue la base del actual servicio de cancerología.
- **1950 (abril):** Se inicia un curso piloto de ginecobstetricia para estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina, y en noviembre de ese mismo año se lleva a cabo la organización y apertura de un servicio central de equipos y abastos.
- **1952,** Se establece un banco de sangre y en 1954 se inauguran el servicio de radioterapia y el laboratorio de anatomía patológica.
- **1956,** se creo y organizo un cuerpo de médicos residentes.
- **1957,** Se inicia la reconstrucción de alguno de sus servicios y se le pone el nombre de **Hospital de la Mujer Dr. Jesús Alemán Pérez.** Se convierte así en un centro tocoginecológico que imparte atención médica en diferentes especialidades. Este mismo año se establece el servicio cardiovascular y se amplía el servicio de anestesiología para que preste servicios durante las 24 horas, y también el servicio de histopatología, integrado un departamento de anatomía patológica. En noviembre se inician obras de reconstrucción y adaptación para nuevos quirófanos, salas de expulsión y trabajo de parto, sala de recuperación postoperatoria, laboratorio de análisis clínicos, radiodiagnóstico y salas de internamiento para maternidad y ginecología.
- **1958,** se inaugura el departamento de admisión y se amplía el servicio de citología para la detección del cáncer, convirtiéndose en laboratorio de citología exfoliativa.
- **1959 (Febrero):** A petición de la dirección del hospital y por acuerdo del C. Secretario de Salubridad y Asistencia, se iniciaron las "jornadas de fomento de relaciones interhumanas".

- **1960** (Febrero): Se inicia un servicio de ginecología endocrina. Para entonces son tres sus actividades fundamentales: ginecología, obstetricia y cancerología ginecológica.

- **1966**: Las instalaciones del Hospital, ubicadas en Av. Hidalgo 42, son clausuradas, trasladándose a su ubicación actual en Prolongación Salvador Díaz Mirón 374 en la Colonia Santo Tomas de la Delegación Miguel Hidalgo del Distrito Federal.

- **1968**: Fue utilizado como centro de exposición de artesanías, en el marco de los eventos celebrados entorno a las Olimpiadas. Pervivió su función como mercado de artesanías inserto en un contexto de abandono físico y ocupaciones ilegales. Asimismo, el segundo conjunto del Hospital, San Juan de Dios se transformó en el Hospital de la Mujer dedicado exclusivamente a la ginecología. En ese mismo año se inició la reestructuración, restauración y adaptación del inmueble.

- **1991**: El Sr. James P. Grant representante de UNICEF y Directivos de la secretaria de Salud distinguen al Hospital de la Mujer con a primera Certificación a nivel nacional como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", siendo recertificado en 1997, y en Diciembre del año 2000.

- **2004**: El Hospital de la Mujer es Certificado en Equidad de Género, por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Se implementó el Sistema de Urgencias Médicas con Atención y Respeto (SUMAR). Se creó el comité de calidad hospitalaria con cuatro subcomités.

a) Información e Imagen Institucional

b) Actualización de los manuales de los servicios médicos

c) Admisión y Egresos Hospitalarios

d) Tiempos de Espera en consulta externa.

Además, dentro de el se llevan a cabo múltiples actividades de enseñanza, ya que se imparten clases a los alumnos que cursan la carrera de medicina, asimismo internados y residencias para los egresados de dicha carrera, estas actividades se encuentran en asenso.

El ideal del cuerpo médico de este hospital es el de convertirlo en un centro donde la mujer reciba auxilio a sus males físicos, protección y consuelo a sus posibles desventuras.

El Hospital de la Mujer es un lugar donde sus médicos dedican el mayor empeño y devoción al bienestar de la mujer. Destinado principalmente para la población de escasos recursos que no esta protegida por los servicios de seguridad social del país. La finalidad principal es contribuir a la disminución de mortalidad de la mujer y del recién nacido. Sus funciones son la prevención de enfermedades y sus complicaciones en cualquier etapa de la vida de la mujer, y en el recién nacido de partos atendidos en el hospital. Diagnostico y tratamiento de dichas enfermedades y complicaciones, rehabilitación del paciente, investigación y enseñanza médica y paramédica.

Para la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud realizada en el 2006, la cual tuvo la finalidad de incidir en el mejoramiento de la calidad de la atención médica tanto pública como privada, se entrevistaron pacientes, familiares y/o acompañantes que se encontraban en la sala de espera y en el área de urgencias con el objetivo de evaluar los indicadores de trato digno y la percepción que se tiene del ambiente.

El objetivo de estas encuestas consistió en iniciar el piloteo de dos de los instrumentos del Programa aval Ciudadano con los usuarios (pacientes, familiares y/o acompañantes) del Hospital de la Mujer en la Ciudad de México.

1.2 MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL DE LA MUJER

La Misión del Hospital es proporcionar con calidad atención Gineco-obstétrica y Oncológica a la mujer y Neonatal a su recién nacido, así como formar capital humano comprometido con la sociedad.

La Visión del Hospital es ser el centro líder nacional en la asistencia, la enseñanza e investigación en Gineco-obstetricia, Neonatología y Oncología Ginecológica.

1.3 SITUACIÓN ACTUAL

En el 2006 se le presento la oportunidad de certificarse dentro del seguro popular. Al inaugurar el tercer Foro Nacional por la Calidad en Salud, se precisó que las mujeres que más lo necesiten podrán recibir el servicio de parto gratuito en los hospitales federales de la zona metropolitana, la columna vertebral de este servicio es el Hospital de la Mujer y para ello será totalmente modernizado y equipado por lo que se inicio la reestructuración física en sus 4 edificios, sus diferentes áreas y la parte administrativa.

De manera inicial se realizo un curso taller para la sensibilización al cambio del personal, tocando puntos cruciales para mostrar un panorama general de la situación actual del Hospital y las consecuencias a las que se enfrentarán al no implementarse nuevos programas.

El trabajo en equipo es un módulo del curso – taller donde se muestra un concepto real de trabajo en equipo, las características, sus ventajas y su aplicación en la vida laboral.

Con lo anterior se pretende dar a conocer la importancia del trabajo en equipo para que en un futuro comience la integración del personal y de todos los servicios para brindar un servicio de mejor calidad y llegar a una cultura organizacional enfocada a la calidad en el servicio.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1 LA CAPACITACIÓN

Según la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS 1998), la capacitación se concibe como el proceso de formación continua e integral a través de la cual se adquieren, desarrollan y actualizan conocimientos, habilidades y actitudes de los trabajadores para su mejor desempeño.

Para que se pueda proporcionar capacitación se debe partir de una necesidad o una carencia, o bien de una mejora. Lo importante es que exista una razón que le dé vida a la capacitación, pero esta no es detectada fácilmente, puesto que es necesario realizar un estudio o una investigación para conocer a fondo el problema y realizar un programa idóneo de capacitación.

2.1.1 DEFINICIONES DE CAPACITACIÓN

Desde otro punto de vista, el concepto de capacitación es entendido como “una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador” (Siliceo, 1982 pág. 88).

En cuanto al aprendizaje, Albarrán y Sánchez (1996 pág. 78), lo definen como el proceso de adquirir habilidades, conocimientos y/o actitudes; y a la enseñanza como el proceso que permite llevar a cabo el aprendizaje mediante diferentes sistemas de trabajo y actividades que conducen al participante a incrementar sus habilidades, conocimiento, facultades y destrezas.

Rodríguez (1991 pág 56) señala que durante los cursos de capacitación se presentan un ciclo de cambio, que más que referido a cambiar cosas externas, se enfoca al cambio que cada individuo va experimentando; en el transcurso de este ciclo se presentan 5 etapas:

- a) **Despreocupación, seguridad, optimismo:** por su misma inconsciencia y superficialidad el individuo cree que todo funciona bien y se siente tranquilo.
- b) **Malestar:** se desconcierta ante la información.
- c) **Realismo con esperanza:** empieza a entender, junto con la necesidad de cambiar, la posibilidad de hacerlo y los beneficios que el cambio le reportará.
- d) **Optimismo por la posesión de los recursos adquiridos**
- e) **Satisfacción por haberse comprometido con el cambio** y por la mejoría que le significa y que ya empieza a disfrutar.

Para fines de este estudio se tomó la definición que nos proporciona Calderón (1990 pág. 111):

“una serie sistematizada de actividades encaminadas a dotar al individuo de conocimientos, desarrollarle habilidades, y mejorar sus actitudes para el logro de los objetivos organizacionales, del área de trabajo y el desarrollo integral del individuo”.

Sin embargo no hay que perder de vista que la capacitación no convierte a las personas, ni cambia sus actitudes, además por sí sola la capacitación no sustituye costumbres ó hábitos, ni ofrece resultados inmediatos, requiere de reforzamiento. Con un curso de capacitación los problemas del Hospital de la Mujer no se resolvieron ya que no hay un cambio real de las actitudes en 10 horas, ni tampoco

los procedimientos o formas de trabajar que se implementaron y se llevan acabo desde hace 15 años.

Esta situación se presentará en todo curso que se quiera impartir, por lo que el facilitador o instructor debe tener paciencia con los participantes, tolerancia a la frustración en cuanto a que los resultados, que posiblemente no sean siempre los esperados o los que se plantean en los objetivos al momento de diseñar los cursos. Cuando se va impartir una capacitación se debe estar consciente de ello.

Mora (1996, pág 41) menciona que "ni el mejor curso, ni el mejor facilitador, harán que exista alguna manifestación de cambio en el personal si éste no quiere cambiar su actitud; toda actitud es la precursora de cambio en todas las dimensiones de nuestras vidas. El cambio ocurre cuando expresamos las actitudes a través de una acción centrada y dicha acción se nutre y está guiada todo el tiempo con una visión del liderazgo".

Rodríguez (1991, pág 67) señala que este ciclo de cambio se presenta por las actividades y experiencias de las sesiones vivenciales y afirma que *"la capacitación en los cursos es y será siempre una parte del proceso del cambio"*.

Dentro de las sesiones del curso se obtuvo información más profunda sobre la institución, sobre el grupo, incluso sobre las personas y personalidades de quienes integran esta institución, incluso se dio el primer paso de cambio y modificación de actitudes en algunos de los participantes, la dinámica que se dio se dio fue positiva porque la retroalimentación por parte de los diferentes grupos brindo la posibilidad de crecimiento tanto para el curso para la como instructora.

2.1.2 DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN (DNC)

Para que todo centro de trabajo tenga un óptimo aprovechamiento de los recursos con que dispone, es necesario que se desarrolle una dinámica organizacional que los integre y utilice de manera sistemática. Debiendo por tanto aplicar una adecuada planeación, organización, control y evaluación de las diversas actividades inherentes al proceso de producción y de los sistemas de trabajo de apoyo, lo que se traduce en un comportamiento organizacional eficiente y eficaz.

Para lograr dicho comportamiento, se requiere del trabajo de personas con la capacidad laboral deseada o requerida para la realización de las actividades que constituyen un proceso o sistema de trabajo; y cuando se identifican problemas de desempeño y existen diversos problemas de operación y de actitudes, es muy probable que las personas no posean la capacidad laboral requerida, y se detecta una necesidad de capacitación.

Cuando se habla de necesidades de capacitación se hace referencia a las carencias que las personas tienen para desarrollar de manera adecuada las funciones y actividades de una determinada ocupación laboral o puesto.

La detección de necesidades específicas de capacitación, parte del siguiente principio:

“Una necesidad de capacitación es el resultado de comparar la capacidad laboral deseada para un puesto específico con la capacidad laboral real de las personas para el adecuado desempeño de las actividades de dicho puesto”.

También se identifica como necesidad de capacitación el resultado de comparar la manera apropiada de efectuar un trabajo y la manera como se efectúa; o sea, la diferencia entre estándares deseados de realización de las funciones, actividades y tareas de una ocupación laboral y el desempeño real del trabajador, siempre y cuando tal discrepancia obedezca a la falta de conocimientos, habilidades y actitudes.

Desde la óptica de un proceso o sistema de trabajo, las necesidades de capacitación se refieren básicamente a los siguientes aspectos:

La carencia de conocimientos y habilidades de las personas para realizar adecuadamente las actividades que tienen asignadas.

La falta de voluntad para efectuar un trabajo, en razón de que las personas no le encuentran sentido a las actividades que deben realizar y no manifiestan gusto por hacerlas.

2.1.3 CLASIFICACIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.

En la dinámica de las organizaciones y, por lo tanto en la ejecución de las actividades de los diferentes puestos, se identifican básicamente dos tipos de necesidades:

1. Necesidades manifiestas: Son aquellas que indican un problema cuya causa se detecta a simple vista.

2. Necesidades encubiertas: Son aquellas que indican problemas cuya causa no se detecta a simple vista, si no que hay que hacer un minucioso análisis para encontrar lo que las originó.

Como proceso, la detección de necesidades de capacitación permite identificar los siguientes aspectos de la capacitación:

- 1) En qué áreas se necesita capacitación para que las personas desempeñen correctamente las ocupaciones laborales de un proceso o sistema de trabajo.

- 2) Quienes son las personas que necesitan capacitación y en que actividad.
- 3) En que extensión o cantidad y en que profundidad se requiere que una persona domine los conocimientos y habilidades de una ocupación laboral, así como qué actitudes son esenciales para el buen desarrollo del trabajo.
- 4) Cuando y en que orden deben ser capacitadas las personas en función de las prioridades y los recursos con que dispone la organización.

Independientemente del método o técnica a emplear para la detección de necesidades de capacitación, es importante tener en cuenta que en ocasiones el origen de los problemas no siempre tiene su causa en la falta de capacitación.

Se realizó en una DNC previo a la intervención por parte del personal de la coordinación de Psicología del Trabajo de la Facultad de Psicología de la UNAM, es de aquí donde surge la carta descriptiva que respalda los contenidos del curso – taller impartido.

2.1.4 VENTAJAS DE LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

- ✓ Ahorrar tiempo y dinero por dirigir los esfuerzos adecuadamente.
- ✓ Permite que todas las actividades de capacitación se inicien sobre bases sólidas y realistas.
- ✓ Prevé los cambios que realizarán en el futuro para que cuando estos se presenten, no provoquen problemas.
- ✓ Propicia el descubrimiento de las fallas del personal y sienta las bases para evitar el problema de falta de empleados aptos para los puestos de trabajo.
- ✓ Descubre problemas en los procedimientos administrativos que estén afectando el funcionamiento de la institución.
- ✓ Detecta las carencias de higiene en el trabajo y los problemas relativos al ambiente.

2.1.5 DISEÑO DE LA CAPACITACIÓN

Uno de los mayores problemas que presentan muchos programas y materiales de capacitación es el de basarse en el supuesto, con frecuencia infundado, de que los participantes requieren tal o cual curso de capacitación. Sin embargo, muchas veces las acciones de capacitación están basadas en un programa elaborado sin ninguna justificación y sólo por cumplir las exigencias legales. Otro de los aspectos importantes se centra en el personal. Si este no está particularmente interesado o decidido a participar en una experiencia de aprendizaje a través de la capacitación, no se les puede forzar a que lo hagan.

Craig y Bittel (1971, pág. 204) mencionan que en el diseño de la capacitación es importante, en primer término por determinar las necesidades de capacitación por medio de la investigación de la situación actual y confrontado estos resultados con lo que debería suceder ahora o en el futuro, la diferencia entonces, será la clave para planear el tipo y la intensidad del entrenamiento.

Menciona además que una vez se ha identificado la necesidad de entrenamiento considerando el enfoque del desempeño en el trabajo, hay que resolver la parte de contenidos (qué hay que aprender), método (cómo podemos hacer que eso sea aprendido) y la evaluación (asegurarnos que lo enseñado se haya aprendido).

Craig y Bittel (1971, pág. 210) dicen que un régimen efectivo de entrenamiento, incluyendo los medios que emplee, debe realizar cinco funciones básicas. Ellas son:

- 1) Generar el estímulo, 2) Presentar el estímulo, 3) Aceptar la respuesta, 4) Comparar la respuesta y -5) Presentar retroacción. Cuando estas cinco funciones se realizan adecuadamente se cumplen las condiciones necesarias para que haya aprendizaje.

En otra propuesta (Siliceo, 1982, pág 93) menciona que las etapas que se deben de seguir para el diseño de la capacitación son:

1.- Investigación para determinar las necesidades de capacitación, previsión, necesidades reales que existan o que deban satisfacerse a corto, mediano y largo plazo. Al respecto, define las necesidades de capacitación como postemas, o habilidades que deben ser aprendidos, desarrollados o modificados para mejorar la calidad del trabajo.

2.-Fijar los objetivos que se deban lograr, planeación. Los objetivos de capacitación deben estar alineados a los objetivos y políticas de la empresa y contestar a las preguntas: ¿hacia donde vamos?, ¿Qué queremos lograr?, ¿Qué metas a corto, mediano y largo plazo debemos obtener?

3.-Definir qué contenidos de educación son necesarios, es decir, qué temas, que materiales y áreas deben ser cubiertas en los cursos.

4.-Señalar la forma y método de instrucción adecuado para el curso.

5.-Ya realizado el curso, se deberá evaluar. Define la evaluación como una forma de medir la eficacia y resultados del programa educativo y de la labor del instructor, para obtener la información que permita mejorar habilidades y corregir eventualmente errores.

6.-El seguimiento o continuación de la capacitación. Al respecto menciona, que muchas ocasiones el egresado de algún curso al poco tiempo se frustra y decrece su ánimo porque no encuentra apoyo en su jefe, o en su grupo, por lo que se debe llevar a cabo un seguimiento posterior, realizar evaluaciones periódicas o cursos seriados para no perder la continuidad, esto con objeto de verificar que ponga en práctica lo aprendido.

La propuesta que nos hace Silicio, es la que se utilizo para el diseño del curso, específicamente para la población y la problemática del Hospital de la Mujer, a excepción del 6° punto, porque el seguimiento se realizo, sin embargo fue por parte de otros compañeros, el cual hubiera proporcionado una visión mas amplia de lo que se trabajo durante las sesiones y sobre todo como se aplica en sus lugares de trabajo.

2.1.6 OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA CAPACITACIÓN

- ✓ Promover el desarrollo integral del capital humano y como consecuencia el desarrollo y crecimiento de la organización.
- ✓ Servir de herramienta para enseñar, desarrollar y colocar en circunstancias de competencia a cualquier persona.
- ✓ Completar la educación formal del individuo ante un ambiente de orden laboral e inclusive en algunos casos sustituirla.
- ✓ Propiciar y fortalecer el conocimiento técnico necesario para el mejor desempeño de las actividades laborales.
- ✓ Ser un medio para propiciar mejoras en los procesos de trabajo.
- ✓ Prevenir riesgos laborales.

La capacitación lejos de ser sólo una obligación legal para las empresas se ha convertido en el eje más sólidos para asegurar su supervivencia y entrar de lleno a programas que les den una nueva dimensión, ya que apoya y orienta a los trabajadores en el fortalecimiento de su desempeño laboral, fomenta actitudes de crecimiento y superación que conlleva a un mejor nivel de vida, para él y su familia y por tanto afecta directamente a la organización.

Las exigencias actuales hacen completamente obsoleto el aprendizaje informal dentro de las organizaciones, es un hecho indiscutible por tanto que la

capacitación se deben construir con acciones planeadas y programadas para que respondan a las necesidades de las organizaciones, de tal modo que el personal cuente en el momento oportuno con los conocimientos, las habilidades y las actitudes suficientes y adecuadas para enfrentar con éxito su trabajo actual y futuro.

Un programa eficaz de capacitación bien puede contribuir al aumento de la productividad y calidad, a engendrar una satisfacción más completa en el empleo, a disminuir la rotación de los empleados y los accidentes, entre otros. Todos esos objetivos contribuyen al mejoramiento de la calidad del producto o del servicio así como a reducir los costos de operación.

2.1.7 EL INSTRUCTOR

Son varias las características y habilidades que debe poseer al ponerse frente a un grupo entre ellas se encuentran:

Interés por la Enseñanza	Estar interesado en transmitir sus conocimientos
Capacidad	Que los participantes reconozcan en él de antemano su capacidad técnica, o al menos que no exista un rechazo hacia él por creerlo técnicamente inferior. Este requisito es importante porque de esto depende en gran medida el interés u la consecuente atención que presenta al grupo durante el curso que imparta. De no existir esto, es probable que muchos pongan en tela de juicio lo que dice y el curso fracase.

Autoridad Moral y Liderazgo	Que el instructor sea una gran figura de ejemplo en su comportamiento, desempeño y resultados, para sustentar la autoridad moral o con la que guiará a los participantes.
Cultura General	Que posea un nivel cultural superior al promedio, esto le facilitará la comunicación con los participantes
Facilidad de Palabra	Que sea capaz de comunicar sus ideas sin inhibiciones y con fluidez
Claridad	Que sea capaz de explicar concisa y sencillamente sin tener que recurrir a planteamientos complejos que resulten impropio, ni a tecnicismos innecesarios o palabras que estén fuera del manejo común de los participantes
Pensamiento Lógico	Capacidad para discriminar, relacionar y estructurar los temas e interrelacionarse así como sintetizar conceptos de tal forma que se facilite su comprensión, sin caer en contradicciones o falsas conclusiones
Saber Escuchar	Que sea capaz de escuchar puntos de vista distintos a los suyos, identificar dudas de los participantes o aceptar críticas e incluso aquellas dirigidas a él.
Manejo de Ideas	Incluso aquéllas que sean extrañas a él o diferentes a su forma de pensar.
Persuasión	Que sea capaz de convencer mediante razonamientos, y no por imposición o coerción basado en su autoridad como instructor.
Paciencia	Que esté consciente de que la gente aprende con distintas velocidades y que a veces será necesario avanzar más despacio, aclarar o incluso repetir toda una explicación.
Compromiso	Que exprese un deseo claro de cambiar y mejorar el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes de los participantes, considerando la instrucción como algo fundamental para el desarrollo personal y laboral del individuo.
Madurez	Tanto personal como profesional, esto es, conocer la magnitud y las limitaciones del propio conocimiento sin caer en dogmatismos o intransigencias. Poder realizar autocríticas y estar abierto a sugerencias sobre su ejecución
Autoconocimiento	Estar consciente de las propias limitaciones, y o manejar una falsa imagen de sí mismo
Confianza en si mismo	Tener una valoración objetiva de sus virtudes y defectos y al mismo tiempo adoptar una actitud positiva ante estas.

Empatía	Entendida como la capacidad de percibir los deseos u sentimientos de los participantes, detectar las diferencias individuales y hacer que se obtengan satisfacciones a sus expectativas en un ambiente libre de antagonismos.
Gusto por la Gente	Encontrar en el trabajo con los demás un medio de enriquecimientos personal

Las características antes mencionadas son fáciles de adquirir, inclusive no es necesario ser instructor para adquirirla, pero son difíciles en el momento de ponerlas en práctica ante un grupo, lo más importante que debe manejar el instructor es el tema que va a impartir, teniendo el dominio de este podrá expresar ideas, dar ejemplos concretos, resolver dudas, ello le da confianza en sí mismo y credibilidad ante su audiencia.

Debe tener en cuenta las características del grupo al que se va a encarar, conocerlo de manera general, nivel escolar, edades, regiones de origen, conocer la situación de su organización, todo ello con la finalidad de manejarlo y encausarlo de una manera correcta. En la cuestión de la edad, es necesario hacer hincapié, que parte de la resistencia al cambio dentro de las sesiones del curso fue que los participantes eran mucho mayores que el grupo de instructoras, por lo que frecuente se encontraban actitudes de superioridad y desinterés, ante ello fue necesario hacerles ver que la edad no es un factor para la transmisión de conocimientos y experiencias.

Es importante que el instructor no decaiga ante lo mencionado, debe mostrarse seguro en todo momento que se encuentre frente al grupo. El es quien lleva la batuta y debe organizar y dar instrucciones claras y concisas. Otra situación importante es adaptarse a cada grupo, ser flexible en los tiempos y tener la habilidad de improvisar, la cual solo se desarrolla en la práctica y de acuerdo a las situaciones que se presentan.

Un curso se desarrolla de manera diferente para cada grupo al que se imparte, así mismo un instructor imparte un curso de manera diferente a otro, lo importante como ya se menciono anteriormente es el dominio del tema, las técnicas de aprendizaje o dinámicas que se realicen pueden variar dependiendo el enfoque del instructor, sin embargo es importante que desarrolle la habilidad de improvisación porque no existe curso de capacitación perfecto y puede presentarse situaciones que no se prevén en el diseño, esta herramienta es de gran utilidad y se aplica en cuanto curso se quiera impartir.

2.2 EL CAMBIO

Es necesario hablar de este tema ya que a partir de una capacitación se deduce que se dé un cambio, no se sabe con exactitud a qué nivel, sin embargo parte de las expectativas de las instructoras fue que los participantes cambiaran su posición hacia el trabajo en equipo, esto para favorecer la calidad en los servicios que el hospital ofrece.

Para comenzar con este apartado es necesario conocer el concepto de cambio ya que cuando se inicia con un proyecto a nivel institución se hará participe a todos los integrantes de la misma, ya que se involucraran directamente con el objetivo, en este caso el de certificarse en el Seguro Popular, y cada integrante juega un rol específico, lo anterior desatará conductas y actitudes nuevas y se modificarán otras tantas.

El cambio según De Faria (1995 pág. 200), puede definirse como "la modificación de un estado, condición o situación. Es una transformación de características. Los cambios se vuelven un factor permanente y acelerado, la adaptabilidad a tales cambios resulta cada vez más, la más importante determinante de la supervivencia".

Para explicar el cambio, se han realizado investigaciones al respecto, una de ellas la llevó a cabo Kurt Lewin (en Rodríguez 1978, pág 74), quien desarrollo una investigación completa del proceso de cambio, a partir de la cual y según su experiencia, se presentan dos tipos de fuerzas: las restrictivas y las impulsoras.

Según explica Lewin (en Rodríguez 1978, pág. 74), la dinámica que se presenta entre estas fuerzas y el cambio es, por un lado, las fuerzas restrictivas tienden a

conservar las cosas como están, mientras que las impulsoras tienden a modificar o cambiar las cosas establecidas y el cambio ocurrirá solamente si el grado de acción o actividad de las fuerzas impulsoras es mayor o supera al de las fuerzas restrictivas.

Mediante sus diversos trabajos, Lewin (en Rodríguez 1978, pág. 76) comprobó que existe mayor probabilidad de que se presente un cambio, cuando se logra el compromiso de un grupo de individuos, que cuando el compromiso es sólo de un individuo.

Según Rodríguez (1978, pág. 38), el cambio se dificulta porque las personas tienden a aplicar la ley del mínimo esfuerzo: es más fácil mantener las condiciones actuales que aprender otras nuevas; además se resiste al cambio, entre otras cosas, porque las innovaciones pueden implicar compromisos y responsabilidades y la falta de costumbre.

Las reacciones o acciones que generó el cambio en esta Institución fueron diversas y difíciles de entender, ya que no tenían un concepto y desconocían los beneficios que se pueden obtener a largo plazo, por lo que fue necesario dar a conocer información al respecto ayudándonos de la misma historia del Hospital y generando en ellos la sensibilización para adaptarse a ello.

2.2.1 TIPOS DE CAMBIO

Blake (2003, pág 19) destacan tres tipos diferentes de desarrollo:

1.- **Cambio evolutivo:** cuando el cambio de una acción a otra es pequeño y dentro de los límites de las expectativas. Generalmente es cambio evolutivo es lento, suave y no transgrede las expectativas de aquellos que están involucrados o que son por el afectados.

2.- **Cambio revolucionario:** cuando el cambio de una acción hacia otra que sustituye, contradice o destruye las bases. Generalmente el cambio revolucionario es rápido, intenso, brutal, transgrede y desecha las antiguas expectativas e introduce nuevas.

3.- **Cambio Sistemático:** es diferente de los dos tipos de cambio anteriores. En este, los responsables del cambio delinean modelos explícitos de lo que la organización debería ser en comparación de lo que es, mientras aquellos cuyas acciones están afectadas por el desarrollo sistemático, estudian, evalúan y critican el modelo del cambio, para recomendar alteraciones basadas en su propio discernimiento y comprensión.

A partir de los puntos anteriores y de la situación del Hospital de la Mujer, se catalogo dentro del cambio revolucionario, por la manera y forma en que se dieron las modificaciones, tanto estructurales como funcionales y administrativas. No se dio a conocer el objetivo de esas acciones y el proceso por el cual se encaminaría el Hospital, por lo cual aumentó la resistencia al cambio por parte del personal de los diferentes servicios incluyendo jefes de servicio y colaboradores de la dirección.

Esta fue una problemática con la que nos enfrentamos dentro y fuera de los cursos de capacitación, ya que el personal se encontraba demasiado renuente al cambio, por lo que era importante hacer que este efecto disminuyera durante el desarrollo de los diferentes temas.

Dentro del curso se hace mención de los tipos de cambio no solo a nivel institución sino dentro de un servicio, en una actividad que realizan, en la vida familiar y personal, lo anterior para que no solo se conocieran los conceptos o tipos de cambio, sino que lo llevarán a la vida cotidiana y se diera una concientización a partir de los beneficios que puede conllevar el cambio, situación que se complica puesto que si esto no es reforzado en sus áreas de trabajo es difícil que la resistencia al cambio disminuya y se mantenga la disposición.

2.2.2 CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN

Las organizaciones de trabajo en general como fábricas, hospitales, comercios, instituciones de enseñanza o de investigación, dependencias gubernamentales, compañías financieras entre otras se caracterizan, por establecer formas o estructuras de funcionamiento de cierto grado de complejidad social y tecnológica.

Otra característica que poseen las organizaciones es el reconocimiento de su razón de existir. La misión y visión y objetivos constituyen la razón de ser de la organización y los medios para lograr los propósitos que interesan a diversas personas y grupos de nuestra sociedad, esto sucede así ya que es mediante el trabajo organizado que se lograrán ciertos beneficios que de otra manera difícilmente se podría obtener.

Por otro lado, específicamente en lo que se refiere al cambio en las empresas, Rodríguez (1978, pág 42), coincide con Lewin y afirma que "en una organización cualquiera, las unidades básicas del cambio no son los individuos, sino los grupos. Entender cómo determinada innovación afecta a la organización y a cada uno de sus miembros es una tarea primordial del agente de cambio, porque resulta obvio que la única manera de afrontar las necesidades de la organización es teniendo en cuenta las necesidades de los miembros".

Dado que las organizaciones están compuestas por muchos individuos, la habilidad de las mismas para cambiar es más lenta y difícil que si se tratase de cambiar a un solo individuo, pero lo más importante es que la organización tenga la habilidad de cambiar, ya que de no hacerlo será difícil que logre sobrevivir ante la competencia de otras empresas.

Cambio Organizacional se define como: la capacidad de adaptación de las organizaciones a las diferentes transformaciones que sufra el medio ambiente interno o externo, mediante el aprendizaje.

Otra definición sería: el conjunto de variaciones de orden estructural que sufren las organizaciones y que se traducen en un nuevo comportamiento organizacional.

Bentley (1993, pág 155), menciona que, para entender el cambio en la organización se deben tomar en consideración tres cambios que suceden en los individuos:

- 1.-La manera en cómo las personas hacen las cosas.
- 2.-Las cosas que hacen.
- 3.-La conceptualización de las personas respecto al trabajo.

Las personas y las organizaciones que alcanzan el éxito demuestran toda su capacidad para responder bien a un cambio. En realidad, la mayor parte de las veces son promotoras de la transformación.

Uno de los factores que posibilita que los individuos reaccionen bien frente al cambio, radica en el hecho de que tienen confianza, son seguros de sí mismos y siempre están dispuestos; en segundo lugar, quienes alcanzan el éxito consideran que la novedad es una oportunidad. La transformación en sí misma no es un problema, sí no la implicación que tenga para las personas.

Adoptar las actitudes correctas para el cambio y crear una fuerza de trabajo consciente constituyen virtualmente el proceso mismo de construir una organización en vía de aprendizaje. En tanto mayor sean las personas estimuladas para experimentar y explorar su ambiente, más dispuestos estarán al enfrentarse a nuevas ideas y maneras de hacer las cosas; en otras palabras se harán más adaptables al cambio.

El proceso de aprendizaje consiste en descubrir y aceptar nuevas experiencias. Es un proceso de cambio y crecimiento constante, si se fortalece y si se permite que las personas se desarrollen en un ambiente protegido las actitudes hacia el cambio serán positivas. Por supuesto que lo contrario a esta afirmación también se hace evidente, puesto que aquellas estructuras organizacionales que reaccionen mal frente a la novedad no serán fuertes.

El mundo de hoy es de constante cambio organizacional. Las adquisiciones de unas compañías por parte de otras así como las fusiones, representan únicamente un factor; las re-organizaciones y la no-inversión son otros factores que ocasionan una revolución en el sitio de trabajo. Dichos cambios crean incertidumbre que muchos no se sienten capaces de enfrentar. Numerosas personas buscan un ambiente sólido y seguro donde puedan vivir y trabajar y las innovaciones organizacionales amenazan precisamente estos aspectos, no obstante con frecuencia después de registrarse el cambio los individuos aseguran que fue lo mejor que pudo haber sucedido.

Las personas en proceso de aprendizaje dentro de una organización están mucho más dispuestas a analizar tales modificaciones desde el punto de vista de lo que puedan ganar que desde lo que les sea posible perder. Esto hace más fácil administrar el cambio organizacional y reanuda en mayores beneficios que aquellos que ocasionan transformaciones en empresas que no son capaces de asimilar. La capacidad para aprender y crecer es fundamental para administrar el cambio, si no se permite que los trabajadores empleen sus capacidades innatas para aprender se sentirán frustrados, limitados y rara vez estarán preparados para el cambio.

2.2.3 CAMBIO DE ACTITUDES

Definición de actitud.

El término actitud etimológicamente proviene del latín "aptus" que significa disposición o adaptabilidad, connotando un estado mental subjetivo de preparación para la acción. Este término ha adoptado diversas definiciones, de acuerdo a cada autor que lo ha manejado, entre los cuales se destacan las siguientes:

Thurstone (en Summers 1976, pág. 89) define la actitud como "la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico".

Likert (en Sánchez, 1997, pág. 17) por su parte, menciona que las actitudes son "una entidad innata o aprendida, con cierta gama de elementos dentro de la cual se mueven las reacciones".

"Las actitudes son predisposiciones a responder, pero se distinguen de otros estados de propensión en el sentido de que predisponen hacia una respuesta evolutiva.

Murphy y Newcomb (1937 pág. 212) definieron las actitudes como tendencias, disposiciones o ajuste hacia ciertos actos, verbalizados o posibles de verbalizar.

Allport (1978, pág 99) define la actitud como un estado de disposición mental y nerviosa, organizada a través de la experiencia, ejerciendo una influencia

dinámica o directiva sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con que se relaciona.

Robins (1987, pág. 92) considera que las actitudes son predisposiciones evaluativas, favorables o negativas, respecto a personas, objetos o acontecimientos.

En cambio para Kresh y Crutchfiel (1977, pág. 10) una actitud es una organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos y cognoscitivos en relación al mundo en que se mueve la persona.

Para fines de esta investigación se adoptará una definición de actitud que contemple las principales características de las mismas:

“Actitud es una predisposición a reaccionar favorable o desfavorablemente ante un objeto, de acuerdo a una evaluación que involucra tres dimensiones psicológicas (pensamientos o creencias, sentimientos y conducta) es aprendida y puede ser expresada de manera observable”.

2.2.4 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Las actitudes tienen tres componentes básicos que se relacionan entre sí: componente cognitivo, afectivo y conductual, que se explica a continuación:

Componente Cognitivo

Se refiere a la información y creencias que tiene una persona con respecto al objeto de actitud (Guillén, 2000) Diferentes autores describen las principales características de este componente, que son:

1.- La Fijación, que se refiere a la duración más o menos estable de información y creencias que posee un individuo; y la modificación de éstas depende de su firmeza.

2.- La Singularidad, significa que las actitudes están dirigidas a un solo objeto social.

3.- Amplitud, depende de la cantidad de conocimientos concretos que se tengan.

Componente Afectivo

Es el más representativo de una actitud, ya que se refiere a los sentimientos de agrado o rechazo hacia un objeto determinado (SanPascual, en Guillén, 2000).

Componente Conductual

Según Pastor Ramos (en Guillén, 2000) este componente alude a la disposición o tendencia a reaccionar ante el objeto de una forma más o menos fija, ya sea mediante conductas motoras, verbales, intencionales o simbólicas, o pueden ser no manifiestas.

La relación existe entre estos componentes es crucial ya que de ésta, dependerá la facilidad con que se pueda modificar dicha actitud.

2.2.5 FUNCIONES DE LA ACTITUD

Las actitudes cumplen con diferentes funciones según diversos autores entre las cuales destacan las siguientes:

Para conocer: la actitud organizada la información y estructura la percepción del mundo ayudando a simplificarlo y entenderlo.

Como esquema: la actitud produce un aprendizaje selectivo, de tal modo que las personas recuerdan mejor la información y las comunicaciones favorables cuando su actitud es positiva y a la inversa. (Lingle y Ostro en Morales, 1994, pág.204).

Como heurístico: es una estrategia para resolver un problema sin necesidad de analizar, emitiendo un juicio atributivo y rescatando únicamente la información que se tiene en la memoria.

Como ajuste social: se refiere a formar aquellas actitudes que concuerdan con las características de un grupo de referencia para cada situación. (Zinder y Bono en Morales, 1994, pág, 188).

Expresión de Valores: las actitudes que se forman, expresan y comunican adecuadamente los valores fundamentales de la persona, conformando la validez del propio concepto de si mismo.

Como defensiva del yo: las actitudes sirven para protegernos a nosotros mismos o al propio grupo de sentimientos negativos, al proyectarlos en otras personas mediante mecanismos como el prejuicio.

En general la función de la actitud es orientar la acción hacia lo conveniente, evitando lo no deseado con relación al objeto de la actitud; ahorrando tiempo y esfuerzo en reflexionar sobre cómo actuar hacia dicho objeto.

2.2.6 FORMACIÓN DE ACTITUDES

Existen diversas posturas acerca de cómo se aprenden y se desarrollan las actitudes, una de ellas es la descrita por Allport (en Guillén, 2000) que menciona que las actitudes se adquieren mediante:

- 1.-La acumulación e integración de diversas experiencias
- 2.-La diferenciación y discriminación de experiencias parecidas
- 3.-Las experiencias traumáticas
- 4.-La adopción de actitudes convencionales por imitación o identificación social.

Hollander afirma que hay tres pautas fundamentales por las cuales se pueden adquirir las actitudes:

- 1.-Al contacto directo con el objeto de actitud
- 2.-En la interacción con los individuos que sostienen alguna actitud
- 3.-A través de los valores más arraigados procedentes de la crianza en el seno familiar.

Este autor indica que las actitudes se "adoptan" básicamente a través de:

- ✓ La cultura: ya que constituye la herencia social del individuo, marcando las pautas que son socialmente aprobadas.
- ✓ La familia: dado que es el primer grupo al que pertenece el individuo, es capaz de moldear los procesos preceptuales y cognitivos de sus miembros de tal modo que aprendan a pensar en concordancia con las normas vigentes en su ámbito y tienden por lo tanto a adquirir actitudes y sentimientos comunes.
- ✓ Los grupos de referencia: la dirección del cambio de actitud de una persona depende de las normas de actitud de su grupo de pertenencia y de las normas de actitud de su grupo de pertenencia.
- ✓ El concepto de si mismo: actúa como agente facilitador de interacción social, es decir, las actitudes que se adquieren hacia uno mismo y hacia los demás, dependerá del concepto propio.

- ✓ Contacto con el objeto de actitud: la actitud se formará de la relación directa que tenga el sujeto con el objeto actitudinal
- ✓ Las instituciones educativas: proporcionan datos y orientaciones que van condicionando las creencias, matizando la afectividad y creando determinadas orientaciones a la acción.

2.2.7 MODIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES

El conocimiento de la naturaleza de las actitudes del personal de una organización, cualesquiera que estas sean, permitirá predecirlas y tomar las decisiones adecuadas. Algunas de estas decisiones se involucrarán directamente con el cambio de ciertas actitudes que se consideren dañinas o negativas para la institución, por lo que tratar de conocer hasta que grado cambian o pueden ser cambiadas las actitudes es un problema teórico y práctico; esto es especialmente cierto en períodos de transformación económica, social, científica, tecnológica y política.

Es innegable que en nuestro país están ocurriendo cambios rápidos y decisivos, y en esta variación enmarcamos el cambio de actitud.

Existen tres enfoques para el cambio de las actitudes:

1.-El enfoque informacional. Pretende lograr el cambio como consecuencia de modificar las creencias por medio de la comunicación persuasiva.

Este punto de vista se origina la teoría del aprendizaje, que considera al hombre como un procesador de información que puede ser motivado a escuchar un comunicado y aprender su contenido incorporándolo a su repertorio verbal de respuestas.

2.- El enfoque afectivo. Propone que es posible modificar la valoración que se tiene de un objeto actitudinal alterando sus características afectivas. Esto se logra por procedimiento de condicionamiento clásico y asociando a recompensas y castigos en las conductas deseadas.

3.- El enfoque cognoscitivo. Este se apoya en la investigación experimental de los principios de congruencia, de equilibrio y de disonancia cognoscitiva, esta se presenta cuando una persona posee dos tipos de conocimientos hacia un mismo objeto o situación, que son incompatibles o inconsecuentes.

Sin embargo y aun cuando se conocen algunas aproximaciones teóricas, cuando se trata de cambiar actitudes, las estructuras o sistemas no siempre cuentan con la colaboración o aceptación de quienes son parte del cambio, por ello se puso en práctica la propuesta de realizar un curso de sensibilización como apoyo para reducir la resistencia al cambio y así llegue la aceptación de manera deliberada, utilizando el enfoque informacional antes mencionado.

2.2.8 CLIMA LABORAL Y FORMACIÓN DE ACTITUDES

La formación de actitudes se ve influenciada por el medio ambiente en el que se desarrolla una persona.

Para Brunet (1983, pág. 23), el clima refleja los valores, actitudes y las creencias de los miembros, que son a su vez, elementos del clima debido a la interacción que mantienen.

Las actitudes tienen una influencia muy marcada dentro de la dinámica de la organización, y pueden ubicarse en dos dimensiones: positivas y negativas.

Cuando las actitudes son negativas, constituyen tanto un síntoma de problemas como una causa contribuyente de nuevas dificultades en una organización, y

pueden resultar en huelgas unilaterales, tortuguismo, ausentismo y rotación de los empleados. También puede dar lugar a conflictos laborales, bajo desempeño, mala calidad de los productos y descuidado servicio al cliente, robo por parte de los empleados y problemas disciplinarios.

Las actitudes favorables, por el contrario son deseables para la dirección porque tienden a enlazarse con algunos de los resultados positivos buscados por los administradores tales como:

Incrementan el entusiasmo al enfocar la energía hacia pensamientos y actividades positivas, aumentan la creatividad ya que el pensamiento y las ideas se dirigen libremente a buscar soluciones y hacen que se aproveche al máximo la propia personalidad al reflejar vitalidad.

Las actitudes de los individuos en el trabajo, no están en función solamente de sus características personales, sino también de la forma en que estos aspectos perciben su clima de trabajo a si como los componentes de su organización.

Las variables de la organización, como la estructura y el proceso organizacional, interactúan con la personalidad del individuo para producir las percepciones y mediante la evaluación de éstas, se puede analizar la relación entre las características propias de la empresa y el rendimiento que ésta obtiene de sus empleados.

Brunet menciona que, para formar sus percepciones del clima, el individuo filtra la información que viene:

- a) de los acontecimientos que ocurren alrededor de él
- b) de las características de su organización, y
- c) de sus características personales.

2.3 EQUIPOS DE TRABAJO

El hombre es por naturaleza un ser social, y así vemos que se ha organizado en grupos sociales, que aumentan en extensión y complejidad a medida que se civiliza y aumenta la capacidad de relación.

Los equipos de trabajo son cada vez más importantes en las empresas actuales. El trabajo en equipo requiere el fortalecimiento y la interacción de cada integrante para que haya una colaboración total, este proceso consiste en analizar sus fuerzas, reduciendo las prácticas ineficaces y preparar un plan para la eficacia constante. El equipo guiado por un facilitador asume responsabilidad por la concepción del plan y su puesta en práctica.

La capacitación del equipo aumenta en los integrantes los conocimientos y las capacidades en varios aspectos del trabajo en equipo, aplicando nuevas destrezas y conocimientos.

2.3.1 ORIGEN DE LOS EQUIPOS.

La razón fundamental para su existencia es que cada uno de sus miembros considera que puede realizar mejor sus actividades en colaboración con los demás, que solo no podría llevar a cabo, de donde resulta que un elemento únicamente permanecerá en el grupo mientras opine que les ofrece más ventajas estando dentro que fuera.

La atracción de una persona por el grupo puede explicarse por:

- a) La base motivacional de afinidad, que son las necesidades de afiliación, reconocimiento, seguridad, dinero u otros valores que pueden obtener del grupo.
- b) Las propiedades del grupo como son: sus metas, programas, estilos de funcionamiento, prestigio, etc. Las cuales poseen una valencia positiva para la persona.
- c) Su expectativa que consiste en la probabilidad de que tal membresía tendrá beneficios.
- d) Su nivel de comparación; o sea, la concepción del nivel de resultados que le puede proporcionar el pertenecer a un grupo determinado en comparación con otros semejantes.

A mayor número de elementos anteriores aumentará la cohesión del grupo y con ella la capacidad de éste para retener a sus miembros, el grado de su participación en las actividades, así como también mayor poder de este para lograr la conformidad hacia sus normas, hacer aceptables sus metas y asignar actividades y tareas. Los grupos cohesivos proporcionan una fuente de seguridad a los miembros.

2.3.2 DEFINICIÓN DE EQUIPO

Un equipo pretende alcanzar metas en común. El equipo se forma con la convicción de que las metas propuestas pueden ser conseguidas poniendo en juego los conocimientos, capacidades, habilidades, información y, en general, las competencias, de las distintas personas que lo integran.

Jon R. Katzenbach (1995), define equipo como: "un número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito

común, con metas de desempeño y con una propuestas por las que se consideran mutuamente responsables”.

Por equipo de trabajo se entiende un grupo de personas que se reúnen periódicamente para coordinar sus acciones con el propósito de alcanzar uno o varios objetivos.

Un equipo es un conjunto de individuos que existen dentro de un sistema social mas grande, por ejemplo una organización que pueden identificarse a si mismos y que son identificados por otros como un equipo, que son interdependientes y que realizan tareas que afectan a otros individuos, (Stewart, 2003)

El equipo de trabajo a diferencia de un grupo, implica la formación dinámica de sus integrantes encauzados en una tarea y en el logro de objetivos y satisfactores personales abiertamente reconocidas, lo cual favorece una autentica relación interpersonal.

2.3.3 FORMACIÓN DE EQUIPOS

Una forma de encontrar las razones por las que las organizaciones se están inclinando más por el uso de equipos es examinar las teorías psicológicas que explican por qué la gente se une a ciertos grupos y no a otros. La base fundamental de estas teorías es el intercambio social. Esta teoría plantea que cada equipo genera tanto recompensas como costos. Las recompensas vienen de las interacciones positivas que proporcionan beneficios económicos y sociales.

El trabajo en equipo también proporciona a los empleados recompensas sociales, como amistad, autoestima y una sensación de control. Sin embargo, los equipos también tienen costos. Estos pueden incluir la reducción de la eficiencia, que ocurre cuando los equipos pasan demasiado tiempo en juntas y negociado

decisiones, así como relaciones interpersonales tensas que resultan de interacciones sociales negativas. (Stewart, 2003)

García Díaz y Cols., (1988, pag. 255) define la formación de los equipos de trabajo de acuerdo a su nivel de maduración y en cuatro etapas diferentes, cada una de ellas podrá ser superada si todo el equipo trabaja conjuntamente para lograr los objetivos y pasar a la siguiente fase, de no ser así, los miembros del grupo que no logren ir superando esto serán eliminados del grupo o si su influencia es demasiado fuerte en los demás serán un obstáculo para el crecimiento de los demás integrantes.

Un grupo va evolucionando hasta convertirse en un equipo en la medida que todos sus integrantes superen todas las etapas del proceso de maduración que inicia en la dependencia, continúa en la contradependencia, conduce a las personas a la independencia y las integra, finalmente, a través de la interdependencia.

La etapa de dependencia inicia cuando los miembros de un grupo que ha decidido transformarse en equipo, deben aceptar ser dependientes de la autoridad formal o jerárquica. Este estado se caracteriza por la incertidumbre y la ansiedad ante el descontento de los objetivos y expectativas del líder formal.

Una vez superada esta etapa, el grupo continúa en su proceso de maduración hacia **la etapa de contradependencia**, es aquí donde el grupo requiere mayor atención, apertura y disponibilidad por parte de los líderes, ya que los integrantes del grupo empezarán a manifestar no solo sus opiniones, sino sus estados de ánimo así como sus inconformidades y necesidades. Esta etapa está caracterizada por contradicciones a través de las cuales el grupo busca su identidad y las raíces de su compromiso con la organización.

Por lo mencionado en el punto anterior, en base a la observación dentro de las sesiones de capacitación, opiniones del personal y observaciones de las

autoridades, clasificamos al Hospital dentro de esta etapa porque se apega a la descripción, esto por lo cambios generados en el organigrama, una restructuración en la parte administrativa, por lo que el personal debe adaptarse a estas circunstancias y es lo que provoca las reacciones mencionadas.

Durante **la etapa de independencia**, el grupo se encuentra aparentemente cohesionado, existe una búsqueda de unanimidad o de consenso para la toma de decisiones. La aparente cohesión se ve reflejada con una sensación de pertenencia al grupo en donde los conflictos aun no resueltos parecen inexistentes. Sin embargo, poco a poco los participantes se enfrentan al problema de destacar su propia personalidad o de sacrificarla para asegurar supervivencia y cohesión del grupo.

Finalmente, el grupo pasa a la cuarta y última etapa del proceso de formación de equipos llamada **interdependencia**, aquí existe la necesidad de realizar determinadas evaluaciones de los roles que desempeñan los distintos participantes en función de la tarea.

En esta etapa, el grupo se convierte en equipo cuando tiene clara conciencia de la capacidad de cada uno de los miembros y de las habilidades con que cuentan, así como de la aceptación de si mismos y de los demás con todas sus probabilidades y limitaciones.

Dada su interdependencia, el equipo es capaz de ser responsable de sí mismo y ser autónomo. Aprende a evaluar su propio proceso, controla su funcionamiento, maneja los conflictos e interviene activamente para modificar la situación cuando esta no es satisfactoria o productiva.

2.3.4 EVOLUCIÓN DE LOS EQUIPOS EN LAS ORGANIZACIONES DE TRABAJO

El sistema de trabajo en equipo estaba fuertemente influido por un concepto conocido como **teoría de sistemas sociotécnicos** (SST), el cual enfatiza la necesidad de optimizar los aspectos sociales y técnicos del trabajo.

La aplicación de los principios del SST tiene como resultado un cambio para poder trabajar en grupos; la tecnología y la gente forman grupos o equipos. La razón principal es que los equipos pueden aplicar recursos de manera más eficiente para enfrentar la variación (cambios y eventos impredecibles) en las condiciones de trabajo de los que puede hacer un individuo por si solo.

De conformidad con los principios del SST, las organizaciones occidentales han empezado a avanzar hacia el sistema de equipos con autoridad (empowered teams), que permite que los trabajadores de línea tengan mayor facultad discrecional sobre los procesos del trabajo (Stewart, 2003).

2.3.5 DEFINICIONES DE INTEGRACIÓN

Para Virton (1968, pág. 123), "la integración de un individuo en su grupo consiste en el hecho de que tal individuo adopta en el fondo de su ser las opiniones, los deseos las quejas, las simpatías y los resentimientos del grupo".

La integración de un individuo en una colectividad depende por una parte de su posición social, pero también por otra parte de lo que exigen sus roles, correlacionados con su status.

Guzmán Valdivia (1980, pág. 58), considera que “la integración es el criterio, la disposición y la conducta concreta de cada miembro de un grupo cuando vive con espíritu de servicio en relación con los demás; cuando refleja en sus actos no solo compañerismo sino que demuestra con hechos su respeto a las normas establecidas” .

2.3.6 INTEGRACIÓN DE EQUIPOS

El proceso de la integración grupal debe ser espontáneo, conciente y libre. Es necesario que se den dos condiciones:

- La Motivación personal, es decir, el espíritu de participación en el individuo y
- La Solidaridad de los grupos en lo relativo a su deber de contribuir a la realización de los objetivos comunes.

La integración, se convierte en un proceso de formación personal y grupal que nulifica al individualismo. Asimismo la integración da lugar al desarrollo de una conciencia de responsabilidad, que es fruto de un proceso de madurez integral en los individuos y en los grupos.

La transformación de un trabajo individual en un trabajo colectivo, destaca la importancia de las relaciones entre las personas. Por ello, la comunicación, la colaboración y otras formas de interacción humana deben adecuarse para facilitar la gestión de los grupos de trabajo en beneficio de las metas organizacionales. Asimismo, el establecimiento de relaciones interpersonales significativas no debe considerarse sólo como un buen deseo sino como un esfuerzo continuo de convivencia y trascendencia en el trabajo de grupo.

R. Beckard (1973, pág. 91), considera que casi todos los esfuerzos de cambio planificado para toda organización tienen como uno de sus primeros objetivos la mejora de la efectividad de equipo.

Para esta investigación en un principio se redactó el objetivo con la finalidad de integrar a los diferentes equipos de trabajo que integran el Hospital de la mujer, sin embargo, conforme avanzó la investigación, la aplicación de los cursos, las experiencias obtenidas en cada uno de los cursos se tuvo la necesidad de redactar un nuevo objetivo, ya que no se estaba realizando las acciones reales para la integración de equipos de trabajo.

Lo anterior por diversos factores, el personal que asistía a un curso eran de diferentes departamentos y por políticas del propio hospital de no dejar las áreas solas, no asistía al mismo curso el equipo de trabajo completo, por lo que no se pudo trabajar adecuadamente, había muchas opiniones encontradas con respecto a los diferentes temas desarrollados, el tiempo fue muy corto, (en dos sesiones de cinco horas no se puede integrar a un equipo de trabajo), entre otras, por lo cual se redactó el objetivo en base a lo que se deseaba hacer, en las acciones realizadas y en lo que estaba dentro de las posibilidades de actuación en el Hospital.

2.3.7 EQUIPOS EFICACES

Las cuestiones de productividad y calidad son probablemente los más fuertes impulsores del cambio hacia el trabajo en equipo, hoy en día los equipos son considerados como un elemento crucial de muchos programas de administración de calidad total.

Productividad del trabajo en Equipo

Condiciones en las cuales los grupos obtienen mejores resultados que los individuos aislados:

- a) En las actividades que implican creaciones de ideas y presentación de una mayor cantidad de alternativas, hay más probabilidad de que varias personas puedan producir mejores resultados que los que aportaría una sola persona.
- b) Para las actividades sujetas a errores apreciables, como en la resolución de problemas matemáticos, estimación de ventas de sucursales, etc., la combinación de las estimaciones o soluciones de varios individuos aumenta la precisión.
- c) Cuando varios individuos trabajan en conjunto para realizar una tarea, sus actividades propician una división del trabajo, que mejorará sus resultados.

La evidencia específica que evalúa la eficiencia de los equipos puede dividirse en dos categorías: evidencia cualitativa, frecuentemente reportada en los periódicos y revistas populares y datos científicos más rigurosos, derivados de estudios de investigación cuantitativa bien diseñados.

Según Katzenbach (1995), para que un equipo sea eficaz es importante que desarrolle habilidades complementarias que le permitan desempeñarse mejor en su lugar de trabajo, estas habilidades de equipo están divididas en tres categorías:

Conocimientos técnicos o funcionales. Dentro del equipo existen personas con conocimientos complementarios en cuanto a las funciones y tareas del área, conocen los procedimientos y apoyan con su experiencia la labor de otros.

Habilidades en la solución de problemas y toma de decisiones. Los equipos tienen que estar en posibilidades de identificar los problemas y las oportunidades a las que se enfrentan, debe poder evaluar las opciones que tienen para avanzar y adquirir los compromisos que requieren para solventar la situación tomando soluciones y participando activamente en éstas.

Habilidades interpersonales. La comprensión y el propósito comunes no se pueden producir sin una comunicación efectiva y un adecuado manejo de los conflictos del grupo. El desarrollo de las habilidades interpersonales en los miembros del equipo permite una mejor interacción y comprensión de los demás, impulsa la escucha activa, la crítica constructiva y el respaldo entre integrantes.

Según McGreggor (Robbins, 1987, pág. 28), se espera que un equipo eficaz mantenga un sentido de importancia y autoestima en los miembros del grupo. Las características de estos equipos son:

1. Los miembros son expertos en los papeles de liderazgo y pertenencia, así como en las funciones que requieren la interacción entre líderes y miembros.
2. El grupo cuenta con relaciones funcionales, bien establecidas y tranquilas, entre sus integrantes.
3. Los miembros del grupo se sienten atraídos hacia el compromiso.
4. Los valores y metas del grupo son una integración y expresión satisfactoria de los valores y necesidades relevantes de sus miembros.
5. Cada miembro está motivado para hacer todo lo que razonablemente ayude al grupo a conseguir sus objetivos centrales.
6. Toda la interacción, solución de problemas y las actividades conexas con la toma de decisiones del grupo tienen lugar en una atmósfera propia. Aunque los miembros aceptan que hay diferencias de opiniones reales e importantes, se centran en llegar a soluciones adecuadas sin que deseen exacerbar ni agravar los conflictos.

7. El grupo desea ayudar a cada miembro a adquirir su pleno potencial
8. Cada miembro acepta con gusto y sin resentimiento las metas y normas establecidas por el grupo.
9. Los miembros se prestan ayuda mutua cuando es necesaria o recomendable, de manera que cada uno alcance sus objetivos.
10. Una atmósfera propicia favorece la creatividad.
11. El grupo conoce el valor del conformarse a las normas del grupo para ser aceptado por él, sabe cuando servirse de él y para qué sirve.
12. Existe una gran motivación en todos los miembros para iniciar y recibir abiertamente las comunicaciones.
13. Los miembros son flexibles y adaptables en sus metas y actitudes.
14. Los miembros se sienten seguros al tomar decisiones que les parece apropiadas porque las metas y filosofía de la operación son claramente entendidas por cada uno de ellos.

2.3.8 TIPOS DE EQUIPOS

Los equipos de trabajo pueden agruparse en distintos tipos, dependiendo de quienes los compongan, el alcance de sus objetivos, la voluntariedad u obligatoriedad de la participación en ellos y otras características.

Definiremos aquí cuatro de ellos, así como sus rasgos más reveladores.

Círculos de Calidad. Están integrados por un pequeño número de trabajadores que desarrollan su actividad en una misma área, junto a su supervisor, y que se reúnen voluntariamente para analizar problemas propios de su actividad y elaborar soluciones. El círculo se reúne periódicamente, durante una hora a la semana y dentro del horario laboral, aunque si es necesario el número de horas y reuniones puede ser ampliado.

Son los propios miembros del círculo los que eligen el problema a tratar, siendo esta la primera decisión que habrá de tomar el equipo. Recogen la

información oportuna y si es necesario, pueden contar con técnicos y asesoramiento externo en general, ya que la gerencia les apoya completamente y les brinda toda la ayuda que precisen. La dirección del círculo no tiene que ser siempre ejercida por el mando directo del grupo. Es posible que otro miembro distinto del círculo coordine y dirija las reuniones.

Equipos de Progreso. También llamados "equipos de mejora" o "equipos de desarrollo". Sus miembros se reúnen de forma voluntaria con el propósito de resolver un problema concreto por el que han sido convocados. Una vez alcanzado el objetivo, el grupo se disuelve.

Generalmente se tratan problemas que afectan a distintas áreas de trabajo o departamentos. Por esa razón, la composición es multifuncional y multinivel. Los participantes son seleccionados sobre la base de su conocimiento y experiencia, así como del grado de involucración en el problema.

La duración y periodicidad de las reuniones depende de la urgencia de la solución, consiguiendo ir desde reuniones cortas y de frecuencia limitada, hasta reuniones largas y frecuentes.

Equipos de Procesos. Una de las líneas de actuación con más potencialidad en la reducción de costos y el incremento de la eficacia y la eficiencia, es la gestión de los procesos. Un equipo de este tipo se centra en un proceso específico con el objetivo de mejorarlos, rediseñarlo o de operar en el mismo un cambio total mediante una acción de reingeniería.

relacionado con el proceso en cuestión. Son equipos interfuncionales, en cuanto que el proceso meta comprenda a varias áreas o departamentos. Pueden implicar, en un momento dado, a otros equipos de progreso para la mejora de aspectos puntuales del proceso estudiado.

Equipos Autónomos. Son conocidos también con el nombre de "equipos de trabajo autogestionario" o de "equipos de trabajo autodirigidos". Representan el grado de participación más amplio, ya que, en la práctica, la dirección delega en ellos importantes funciones.

El grupo adquiere una responsabilidad colectiva, administrando sus propias actividades sin interferencia de la gerencia. Tienen atribuciones sobre la planificación de las actividades, el presupuesto y la organización del trabajo. En ocasiones, incluso están facultados para contratar y despedir personal.

La autoridad se ejerce de forma rotatoria, aunque la mayoría es la que decide en último término. Este tipo de participación es muy avanzada y, aunque ha demostrado funcionar bien, exige una cultura de la participación muy bien asentada y un alto grado de confianza entre la gerencia y los empleados. (Gómez-Mejía, 2001, pág. 33)

2.3.9 EQUIPOS DE TRABAJO ENFOCADOS EN EL SERVICIO DE CALIDAD

Los equipos de trabajo orientados al mejoramiento de la calidad, además de organizarse para el trabajo, se dedican a vigilar el desarrollo de las actividades con base en los resultados obtenidos así como a identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas a sus clientes externo o internos.

Patiño (1993), propone una serie de características útiles para identificar los equipos de trabajo en mejora continua de la calidad, entendiéndose como un conjunto de individuos que tienen:

1. Un objetivo, propósito o misión por escrito
2. Una interacción basada en reglas previamente acordadas
3. Responsabilidad compartida
4. Un proceso sistemático de análisis de problemas y áreas de innovación.
5. Logros mayores a los que obtienen individualmente sus miembros debidos a la capacitación recibida con anterioridad

En un inicio el control de calidad era efectuado principalmente por los círculos de calidad, los cuales eran grupos por lo general del nivel operativo, que pertenecía a la misma área y participaban voluntariamente, cuyo líder estaba definido por la estructura de la organización y que se reunían fuera de sus horas de trabajo para solucionar problemas (Patiño, 1993). Sin embargo, con el tiempo surgieron propuestas, derivadas de necesidades concretas de la organización, para integrar diferentes tipos de equipos de trabajo que ya no se ajustaron a las características mencionadas.

Los tipos de equipos que se pueden formar dentro de organizaciones que aplica el control de calidad son cuatro los grupos:

Un grupo natural de trabajo, es un conjunto de personas que pertenecen a una misma área o departamento (en una organización de salud, consulta externa, cuidados intensivos, urgencias) en los que el responsable de dicha área funge como líder. Los círculos de calidad tradicionales corresponderán a esta clasificación.

Los **equipos interfuncionales o interdepartamentales**, en cambio pueden estar integrados por personal de diferentes áreas (servicios, departamentos) y niveles (directivos, jefes, operativos). Dentro de este tipo de equipos, Patiño distingue al equipo directivo de calidad de los equipos que se llegan a formar a partir de que un problema que no puede ser abordado únicamente por un grupo natural de trabajo o algún proceso que deba ser modificado, pues requiere de la participación múltiple para encontrar y aplicar la solución o los cambios.

El tercer tipo de equipo, **cliente proveedor externo**, se forma con representantes de las organizaciones que proveen los insumo, así como de quienes reciben los productos o servicios, con el fin de llevar a cabo auditorias a los procesos y resultados o bien para controlar el propio proceso de mejoramiento. En relación con organizaciones de atención a la salud, un equipo de este tipo podría estar constituido por los representantes de algún laboratorio y de una agrupación de la comunidad con el objeto de verificar si la prescripción de determinado medicamento es adecuada y si sus efectos terapéuticos corresponden a lo esperado.

Por último, los **clubes tecnológicos** se integran por personas que ocupan puestos equivalentes en diferentes centros de trabajo pertenecientes a la misma organización. Estas personas se reúnen con el propósito de intercambiar experiencias e información para proporcionar el mejoramiento tanto personal como de la organización. Los directores de un grupo de clínicas o los respectivos jefes de determinado servicio pueden consultar este tipo de equipos en lo que respecta a organizaciones de salud.

2.3.10 VENTAJAS DE LOS EQUIPOS

Más motivación. Los equipos satisfacen necesidades de rango superior. Los miembros de un equipo de trabajo tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos y competencias y ser reconocidos por ello, desarrollando un sentimiento de autoeficacia y pertenencia al grupo.

Mayor compromiso. Participar en el análisis y toma de decisiones compromete con las metas del equipo y los objetivos organizacionales.

Más ideas. El efecto sinérgico que se produce cuando las personas trabajan juntas tiene como resultado la producción de un mayor número de ideas que cuando una persona trabaja en solitario.

Más creatividad. La creatividad es estimulada con la combinación de los esfuerzos de los individuos, lo que ayuda a generar nuevos caminos para el pensamiento y la reflexión sobre los problemas, procesos y sistemas.

Mejora la comunicación. Compartir ideas y puntos de vista con otros, en un entorno que estimula la comunicación abierta y positiva, contribuye a mejorar el funcionamiento de la organización.

Mejores resultados. Cuando las personas trabajan en equipo, es indiscutible que se mejoran los resultados.

2.3.11 MOTIVOS DE DESAJUSTE ENTRE INDIVIDUO Y EQUIPO Y VICEVERSA.

El individuo se siente alejado de la misión asignada al grupo porque tiene una actitud negativa respecto a ella.

Diverge de las tácticas o medios usados para conseguir los objetivos a que aspira el grupo con el que convive.

- ✓ Difiere de los hábitos de vida del grupo.
- ✓ Siente hostilidad hacia uno o varios miembros del grupo.
- ✓ Se cree mal visto o juzgado en el grupo (injustamente apreciado).
- ✓ Se siente inferior al nivel medio del grupo y ello le obliga a un sobre esfuerzo agotador.
- ✓ El grupo considera defectuoso al individuo y lo rechaza o censura.
- ✓ Considera peligroso al individuo y lo sanciona o lo cohibe de algún modo.
- ✓ Existen subgrupos rivales dentro del grupo.
- ✓ El individuo, aislado o en unión de otros, siente hostilidad ante el mando o autoridad representativa del grupo.
- ✓ El jefe se siente distanciado y desconfía del grupo, tratando desigualmente a sus miembros.

Cuanto menor es la cohesión y cooperación en un grupo social dado, mayores son las fricciones y desajustes entre sus miembros. El grado en que un individuo coopera en las actividades de un grupo es directamente proporcional al "ingreso psíquico" o sea, las recompensas que reciben del mismo. (Gordon, 1997)

2.4 CALIDAD Y SERVICIO

Aunque al inicio de la investigación se pretendió reestructurar por medio del curso la cultura del servicio de calidad en el Hospital de la Mujer, al fomentar el trabajo en equipo dando a conocer sus beneficios, conforme se desarrollaban las sesiones y se conocía un poco más de la problemática interna, se llegó a la conclusión de que 10 horas de capacitación no eran suficientes para dicho fin. Lo anterior porque hubo aspectos que se debían cubrir paralelamente para que se diera el cambio de la calidad en el servicio como fue el aspecto económico.

Sin embargo la calidad en el servicio no se descarta como la forma de trabajar en un futuro, por lo que la intervención que se realizó con sus integrantes es un primer paso para llegar a ello.

En este apartado para los fines del reporte de prácticas solo se hará mención del curso de capacitación que se impartió en el Hospital de la Mujer, ya que para el objetivo central de esta investigación la calidad en el servicio no se contempla como variable, solo es con fines de contextualizar la situación dentro del Hospital y de la situación nacional de la calidad en el servicio del sector salud en México.

En Febrero de 1996 el Instituto Mexicano de Control de Calidad (IMECCA), señala que de 350 mil establecimientos industriales manufactureros que existen en el país, tan solo 3,500 iniciaron la aplicación de sistemas de transformación en sus procesos de producción, personal y tecnológicas, encaminados a lograr la calidad total.

“La calidad cuesta pero la mala calidad cuesta más”, es un concepto sencillo pero que en muchas empresas mexicanas todavía no se desarrolla plenamente y no se ha hecho nada por solucionarlo”, aseguró Pedro Macías García, Director de la Oficina del Premio Nacional para la Calidad.

El costo de la calidad en las empresas mexicanas es superior a las de los países desarrollados; en México representa por lo menos el 30% de las ventas totales de la compañía. En cambio en Japón representa solo el 4%, en Canadá 15% y E.U.A. 13%. Los factores que afectan a las compañías mexicanas en su deseo por tener y lograr la calidad en sus negocios son: la burocracia y la falta de eficiencia.

Sin embargo, “la calidad es la opción más adecuada que pueden escoger las empresas mexicanas para competir con la apertura de los mercados y la competencia externa, ésta se ha convertido en un factor necesario para la sobrevivencia de las empresas” señaló el Director General de IMECCA.

El logro de la calidad por parte de los empresarios mexicanos es un reto y permitirá que los consumidores puedan adquirir productos con un elevado nivel de confiabilidad. El posicionamiento se logrará mediante el convencimiento del público que podrá estar seguro que los procesos de elaboración o servicio han sido elaborados bajo un estricto control de calidad asegurando el bienestar, la seguridad, y la confianza de los consumidores mexicanos.

2.4.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD

La palabra deriva del latín "*Qualiatem*", que significa atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes o servicios, implica la excelencia, sin olvidar que algo excelente no es algo caro y lujoso sino adecuado para su uso, algo que satisface las necesidades y expectativas del cliente.

La calidad total es un enfoque administrativo que busca excelencia, el uso óptimo de los recursos humanos y materiales, y la competitividad con los demás en precio y servicio, y la satisfacción del cliente. Se busca la mejora continua de la calidad como consecuencia del desarrollo de los recursos más importantes de la empresa.

Para Kotler (1991) calidad es el conjunto de propiedades y/o atributos de un producto-servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas preestablecidas.

Crosby (1978, pág. 77), define la calidad como "cumplir con los requisitos previamente establecidos", dichos requisitos deben cumplirlos los empleados y los directivos. De esta manera, los requerimientos son los indicadores de si se cumple o no con la calidad".

2.4.2 DEFINICIÓN DE SERVICIO

El nombre de servicio se reserva para aquellos bienes con predominio de elementos intangibles, entre los cuales se distingue el contenido de servicio que es aquello que se entrega al cliente y el canal de entrega del mismo. (Larrea, 199, pág. 141)

Según (Kotler, 1991) "servicio es todo acto o función que una parte puede ofrecer a otra". Para Colunga (1995, pág. 66) servicio es "el trabajo realizado para otra persona".

El servicio es el resultado generado por actividades en la interrelación entre el proveedor y el cliente y por las actividades internas del proveedor para satisfacer las necesidades del cliente, con lo cual podemos medir el desempeño de una organización que puede convertirse en la ventaja competitiva.

El servicio debe ser, principalmente flexible y creativo, enfocado a resolver las necesidades del cliente mediante el esfuerzo sincero y la adaptabilidad de las reglas a las situaciones. Sin embargo, hay otro factor que está involucrado en este proceso y es la actitud, la cual se basa en lo que una persona dice o hace, está basada en una conducta observable que debe manifestarse gratuitamente, o sea, que no se ejerza sobre el individuo ningún tipo de coerción, estímulo o presión para obtener determinada respuesta.

2.4.5 CALIDAD EN EL SERVICIO

El servicio al que nos referimos cuando hablamos de calidad en el servicio es el definido como conjunto de prestaciones accesorias de naturaleza cualitativa, que acompaña a la prestación principal. (Larrea, 1991)

Calidad del servicio consiste en que el servicio recibido es igual al servicio esperado, mejorar la calidad del servicio generalmente no cuesta más y lo percibe el cliente, la cultura de calidad de servicio crea lealtad del cliente hacia las empresas y hacia su persona (Müller, 1999)

Hay dos escalas primordiales que constituyen la calidad en el servicio al cliente, la de procedimientos que consiste en los sistemas y métodos establecidos para ofrecer productos y/o servicios y la escala personal, la cual es la manera en que el personal de servicio (haciendo uso de sus actitudes, conductas y aptitudes verbales) se relaciona con los clientes. (Colunga, 1995, pág 71)

Paul Flipo (citado en Larrea, 1991) señala como 10 factores determinantes de la percepción de un buen servicio o servicio de calidad:

1. Fiabilidad (hacer las cosas bien a la primera)
2. Capacidad de respuesta
3. Tangibilidad
4. Cortesía
5. Competencia
6. Seguridad
7. Credibilidad
8. Accesibilidad
9. Comunicación
10. Comprensión y conocimiento del cliente

Más tarde, Parasuraman, Zeitaml y Berry (citados en Larrea, 1991) resumieron los puntos en cinco:

- 1.- Fiabilidad
- 2.-Capacidad de respuesta
- 3.-Tangible
- 4.-Aseguramiento (incluye cortesía, competencia, seguridad y credibilidad)
- 5.-Empatia (incluye accesibilidad, comunicación y conocimiento del cliente)

Unificando los términos calidad y servicio, podemos definir la calidad en el servicio como: "grado de mejoramiento que se establece en forma previa, para satisfacer al cliente a través de un conjunto de prestaciones".

Reza (1995, pág. 43) concibe la calidad en el servicio como el conjunto de bienes o servicios satisfactorios para el cliente o consumidor, dándole un buen trato

antes, durante y después de la transacción, logrando su satisfacción plena, que redundará en una imagen positiva para la empresa o Institución.

Omachonu (1995), la ubica como calidad basada en el usuario haciendo hincapié en que es un asunto individual, donde sólo los servicios son capaces de satisfacer las preferencias del usuario (calidad percibida) pueden ser considerados de calidad.

Por su parte, algunos otros autores señalan que es necesario, para que exista calidad en el servicio, que el prestador del servicio cumpla con ciertas características. William (1992), plantea 4 pasos fundamentales: 1) Transmitir una actitud positiva, 2) Identificar las necesidades, 3) Ocuparse de las necesidades del cliente, y 4) Procurar que se repita la transacción.

Brindar un servicio con calidad es una buena estrategia para lograr la satisfacción total del cliente; ya que con esto se está cubriendo lo mayormente posible sus necesidades y expectativas.

2.4.6 CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Donabedian (1984) define la calidad de la atención a la salud como "el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud".

Una definición más desarrollada es la propuesta por Ruelas y Querol (1994, pág. 58), quienes dicen:

"La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios. Estos mayores

beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y a los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma”.

Según Donabedian, es posible distinguir dos dimensiones en la calidad de la atención a la salud: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal.

La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud.

Este autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como: “La aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos” (Donabedian, 1984, pág 224)

Otro aspecto de la dimensión técnica, se refiere al uso de los recursos institucionales (financieros, instalaciones, equipo, materiales y tiempo). Cuando estos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos también disminuye la calidad puesto que, además del desperdicio que esto representa, es posible que se este sometido a los usuarios a riesgos innecesarios.

La dimensión interpersonal consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el cliente y el personal de salud.

Juran (1988, pág. 147) dice que la calidad de la atención médica disminuye si hay deficiencias técnicas en la prestación del servicio (dimensión técnica – deficiencias en el producto), si la relación entre el proveedor de la atención y el paciente es

inadecuada (dimensión interpersonal-satisfacción del cliente) o si ocurre ambas situaciones a la vez.

2.4.7 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Horovitz (1992) dice que la calidad en el servicio comprende dos dimensiones propias: la prestación que buscaba el cliente (expectativa) y la experiencia que vive en el momento que hace uso del servicio (realidad).

Así la experiencia que tiene el usuario cuando recibe el servicio, será positiva o negativa a partir de:

1. La posibilidad de opción. Por ejemplo la posibilidad de solicitar un servicio privado o uno público.
2. El precio del servicio. La exigencia de calidad tiende a aumentar en relación directa con el precio.
3. El riesgo percibido al escoger el servicio, que va unido a la imagen y prestigio de la organización. En particular, grado de estimación que el cliente manifiesta hacia el servicio, la información favorable o desfavorable que reciba de otros clientes sobre determinado servicio, así como las experiencias pasadas del cliente. (Colunga 1995)

O'leary (1992) enuncia otros elementos que intervienen en la calidad de servicio de la asistencia a la salud:

- 1.-Accesibilidad a la asistencia: grado de facilidad con que el cliente obtiene la asistencia que necesita.

2.-Idoneidad de la asistencia: grado correcto con que se presta la asistencia de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos.

3.-Efectividad de la asistencia: grado de aptitud y de impacto que tiene un servicio para satisfacer las necesidades que se le exigen.

4.-Eficiencia de la asistencia: grado con que la asistencia prestada, produce el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, de gastos o de pérdidas superficiales.

5.-Continuidad de la asistencia: grado con que la asistencia que precisan los pacientes, esta coordinada entre los profesionales a través de la institución y a lo largo del tiempo. Implica la disponibilidad de recibir la asistencia o el servicio cuando éste es solicitado, de acuerdo a las especificaciones de la organización.

6.-La perspectiva del paciente: grado de participación del paciente y sus familiares en el proceso de toma de decisiones y grado de conformidad con que juzgan la prestación de la asistencia, la cual puede estar influida por diversos elementos.

2.4.8 LOS TRES ENFOQUES PARA EVALUAR LA CALIDAD: ESTRUCTURA-PROCESO-RESULTADO.

Para Donabedian (1984), la calidad de la atención médica, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, está determinada por tres factores: estructura, proceso y resultado. La estructura consiste en las características estables de la institución de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos, pero también a la forma en que estos están organizados para proveer el servicio a la población (reglas, normas, procedimientos, documentos que integren el sistema de información).

La estructura también esta constituida por los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar atención.

El proceso de atención se refiere al conjunto de actividades realizadas por personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas de atención. También se considera como parte del proceso las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su propia salud. Así, la forma en que un médico examina a un paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, y el apego del paciente al tratamiento recomendado son elementos que forman parte del proceso de atención.

Por último, el resultado se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que puedan ser atribuidos al proceso de atención. Por supuesto, los resultados pueden consistir en una mejoría en el estado de salud, pero también, en el peor de los casos, en un daño causado por el tratamiento.

3. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

En cualquier texto de psicología se suele explicar que un test psicológico es un instrumento de medición para estudiar algún aspecto de conducta de las personas, como la inteligencia, las aptitudes, el rendimiento escolar, la personalidad, etc. (Cortada, 2000)

En efecto, el principal objetivo de una ciencia, más que la mera descripción de fenómenos empíricos, es establecer mediante leyes y teorías, los principios generales con los cuales se puede explicar y pronosticar los fenómenos empíricos. Para llevar a cabo este objetivo, las ciencias se dedican a recoger y comparar datos para obtener las correlaciones con expresiones matemáticas, las teorías que son el fin de su búsqueda, en gran parte la medición permite que el lenguaje matemático se aplique a la ciencia.

La definición de medición que nos parece más adecuada es la de Campbell (1938), quien sostiene que la medición es la asignación de números para representar las propiedades de los sistemas materiales en virtud de las leyes que gobiernan estas propiedades.

La medición en psicología puede ser de dos tipos: la investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de

asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

Las ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos contra los cualitativos son muy potentes en términos de validez externa, ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definida. Por tanto una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar.

La investigación cuantitativa con los tests no sólo permite eliminar el papel del azar para descartar o rechazar una hipótesis, sino que permite cuantificar la relevancia clínica de un fenómeno midiendo la reducción relativa del riesgo, la reducción absoluta del riesgo y el número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento.

El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa es la más empleada no es producto del azar sino de la evolución de método científico a lo largo de los años. (Dawes, 1983).

3.1 CÓMO SE CONSTRUYE UNA ESCALA LIKERT

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. *Consiste en un conjunto de ítems* presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A

cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

En este caso la afirmación incluye o palabras y expresa una sola relación lógica (X – Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30, de la misma forma que 40°C no son el doble de 20°C pero sí indican una temperatura más alta.

A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.

Estos reactivos pueden ser elaborados por personas conocedoras del tema que se pretende medir, así mismo, del colectivo de individuos que responderá a la escala definitiva. Es conveniente partir de una colección de 100 a 150 reactivos para construir una escala de 15 a 30 reactivos.

La construcción de esta escala incluye los siguientes pasos:

1º) Se recoge una larga serie de reactivos relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable.

2º) Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.

3º) Las respuestas a cada reactivo reciben puntuaciones más altas cuánto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.

4º) Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionaran el 25 % de los sujetos con puntuación más alta y el 25 % con puntuaciones más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.

5º) Para asegurar la fiabilidad por consistencia interna, se halla la correlación entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem para todos los individuos, seleccionándose los ítems con coeficiente más alto.

6º) Con los criterios anteriores de precisión y fiabilidad se selecciona el número de ítems deseado para la escala. Para asegurar la validez del contenido, aproximadamente la mitad de los ítems deben expresar posición favorable y desfavorable la otra mitad.

En ciertos casos, para obligar a los individuos a definir su posición de forma más clara, se puede suprimir la respuesta "indeciso".

3.2 INCONVENIENTES Y VENTAJAS DE LA ESCALA DE LIKERT

Puede obtenerse una misma puntuación con diferentes combinaciones de ítems, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos. (No obstante, la consistencia interna tiende a evitarlo).

En cambio, la escala es de fácil construcción y aplicación.

Puede utilizar ítems no relacionados manifiestamente con el tema (pero sí de forma latente).

A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la "escalabilidad", en la práctica, las puntuaciones del cuestionario Likert proporcionan con frecuencia la base para una primera ordenación de la gente en la característica que se mide.

El problema está en determinar cuándo tiene consecuencias para el significado de una misma puntuación el hecho de poder ser alcanzada por distintos medios y cuando no las tiene.

3.3 MANERAS DE APLICAR LA ESCALA LIKERT

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert. La primera es de manera autoadministrada: se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir, marcan respuestas, la segunda forma es la entrevista; un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es necesario que se le entregue al entrevistador una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías.

Al construir una escala Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.

Esta escala se aplicó de manera individual a cada integrante de los grupos que asistieron al curso – taller “Mejoramiento de Actitudes para el Cambio y la Calidad en el Servicio”.

3.4 ESCALA ATHCTS ACTITUDES DE LOS EQUIPOS DIRIGIDOS AL CUIDADO DE LA SALUD

Coordinar que la atención clínica sea de manera integral es una necesidad para los médicos y es de utilidad para los pacientes, en los equipos interdisciplinarios su prioridad es darle el mejor cuidado a sus pacientes.

La sociedad se enfrenta al creciente número de enfermedades y por lo tanto una mayor atención a pacientes, es necesario que el personal de salud reciba una capacitación para aprender a trabajar de manera conjunta, lo anterior para brindar un mejor resultado a sus pacientes.

En las intervenciones de entrenamiento a los equipos se espera que los participantes cambien las actitudes, conocimientos y habilidades sobre los equipos. La estructuración de las reuniones con los médicos del programa de enseñanza para comunicarse con otras disciplinas y la práctica de las habilidades de gestión de conflictos son elementos esenciales en el funcionamiento de un equipo eficiente. Si los médicos aprenden estas habilidades aumenta la satisfacción del equipo.

Un instrumento que se utilizo en 34 diferentes centros médicos y 111 diferentes equipos de trabajo al cuidado de la salud para medir el trabajo en equipo fue la escala de 21 reactivos *Attitudes Towards Health Care Team's Scale/ Escala actitudes de los equipos dirigidos al cuidado de la salud*, desarrollada por Heinemann, Schmit y Farrell.

Reconociendo el uso y la necesidad de establecer medidas se decidió la aplicación del ATHCTS para el registro de cambio de actitudes en los médicos frente a los equipos de salud como resultado de varias investigaciones dentro de los centros médicos y hospitales. (Hyer Kathryn y Fairchild Susan 2000, pág 13).

Este instrumento fue proporcionado por la coordinación de psicología del trabajo; sin embargo y a pesar de la búsqueda no se encontró la confiabilidad y la validez del mismo, cabe decir que esta estandarizado en población médica estadounidense.

A pesar de ello se tomo como el instrumento de evaluación dentro del curso y para el tema específico de esta investigación a falta de encontrar otro que se adecuara a la misma.



4. EXPERIENCIAS SIMILARES

La evaluación de la satisfacción del derechohabiente del IMSS

Los siguientes estudios son un antecedente del porqué es necesario desarrollar programas de Intervención para elevar la calidad en los Servicios de Salud.

El primero de éstos se realizó en la delegación 2 Noreste del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social (1994), donde se llevó a cabo una encuesta de "Atención y trato al derechohabiente", cuyo objetivo fue determinar cómo se está dando la atención al derechohabiente en las Unidades Médicas de dicha Delegación. Se retoma este estudio, ya que fue precisamente en una Unidad Médica de esta Delegación en donde se implantó el Programa de Capacitación. A continuación se mencionaran algunos datos sobre la cobertura de esta institución.

La Institución 2 Noreste del D.F., cuenta con un total de 1 millón 151 mil 100 derechohabientes, que representa el 3.44% del total del país, para ello, cuenta con 12 Unidades de Medicina Familiar (Primer nivel de atención, en una de las cuales se llevará a cabo el programa), 3 Hospitales Generales de Zona (Segundo nivel de atención) y 8 Hospitales de Especialidades (Tercer nivel de atención) siendo un total de 23 unidades médicas.

Con un tamaño de muestra de 795 cuestionarios para igual número de sujetos, se empleó un muestreo probabilístico estratificado, aplicándose los cuestionarios en todas las unidades médicas de la Delegación.

Los resultados obtenidos, se enfocan a dos aspectos importantes: las sugerencias hechas por los derechohabientes y los servicios con mayor demanda de atención en cada uno de los tres niveles de servicio.

En lo que se refiere a las principales sugerencias, por parte de los usuarios se encontró que el 50% de los encuestados (en los tres niveles de atención) señalan que se tiene que mejorar la atención y el trato al derechohabiente. La segunda sugerencia, que abarca el 20% de los encuestado en los tres niveles de servicio, es la de respetar el tiempo del usuario y la tercera sugerencia de importancia (en los tres niveles) con un 7%, es la de ampliar la capacidad física y los recursos humanos para mejorar la atención a la salud.

Con respecto a los servicios con mayor demanda de atención, se encontró que en las Unidades de medicina Familiar fueron: consulta médica y archivo clínico (control de prestaciones); en los Hospitales Generales de Zona son: urgencias y consultas médicas y en los Hospitales de especialidades fueron: consulta médica y enfermería.

Índice de Satisfacción del Derechohabiente. Calidad de servicio

El segundo estudio fue desarrollado por el Grupo Consultor "Müller" (1993). Se aplicaron 347 encuestas en 8 Unidades de Medicina Familiar del IMSS: El vergel, No. 160; Azcapotzalco, No. 40; La Joya, No. 3; Tlalpan No. 10; Los pinos, No 32; Magdalena Salinas, No, 41; San Juan de Aragón, No. 94 y Cuernavaca, No. 20. Se empleo el instrumento denominado Medida de Satisfacción del Derechohabiente, el cual pretende evaluar 15 servicios que se otorgan en las Unidades de Primer Nivel de Atención, a partir de cuatro categorías: Muy Debajo de lo Esperado, Debajo de lo Esperado, Cumple con lo Esperado y Arriba de lo Esperado.

Este instrumento considera, además de dos características de la calidad (buena calidad o mala calidad), el nivel o grado de éstas (muy abajo, abajo, cumple y arriba de lo esperado).

Los resultados de la aplicación del instrumento (en la UMF No. 160 "El Vergel"), mostraron entre otras cosas, cuáles fueron los servicios que cumplen con lo esperado: consulta médica y farmacia; los servicios que están debajo de lo esperado: reservaciones telefónicas y archivo clínico; y los servicios que requieren de atención prioritaria (oportunidades de mejorar): consulta médica, urgencias y curaciones.

A partir de estos antecedentes, sugieren un "Plan Maestro de Cambio" que permita incrementar el nivel de satisfacción del derechohabiente.

La propuesta del Grupo Consultor "Müller" constituye un antecedente que permite visualizar dos momentos importantes en el proceso para incrementar la calidad en los servicios de salud: la evaluación y determinación de prioridades y la generación de acciones y compromisos a seguir para su incidencia.

Estos casos registrados nos dan la pauta para saber que es lo que nos podemos encontrar dentro de una institución de salud al realizar un diagnóstico y la referencia de lo podemos realizar, igual que en el caso del Hospital de la Mujer el IMSS tuvo que fomentar cambios en su personal para poder llegar al objetivo planteado e implementar un servicio de calidad para los usuarios a mediano plazo.

Primera fase de la implementación de equipos.

Este caso ilustra un proceso para diseñar equipos eficientes en un escenario de un sector de servicios. De forma interesante, la organización utilizó varios equipos de proyecto y de consulta para diseñar equipos de la producción en marcha. Cada equipo estaba dirigido por una serie de metas específicas que los ayudaba a mantenerse concentrados en la tarea inmediata.

Este caso también ejemplifica el uso de sistemas sociotécnicos durante la etapa de diseño de equipos. La planeación de sistemas sociotécnicos ayudaba a garantizar que los equipos de producción recibieran las entradas sociales y de tareas necesarias. Con todo, aun con un trabajo de planeación extenso, la introducción de equipos se topo con cierta resistencia y con una serie de problemas que tuvieron que ser superados al final, la introducción de equipos aumento la interdependencia de los trabajadores, con lo cual se mejoró el desempeño del servicio en este escenario dinámico de trabajo.

Diseños de equipos en Fitzgerald Battery Plant.

Durante el diseño de un sistema de trabajo en equipo, se deben tomar decisiones acerca de cuales responsabilidades administrativas llevara a cabo el equipo, en vez de un supervisor externo. Este caso proporciona el ejemplo de una fábrica que les confirió a sus equipos la facultad de asumir casi todas las tareas que previamente habían sido realizadas por supervisores externos. Cuando el equipo esta diseñado de forma que sus miembros, más que los supervisores externos, ejecutan estas funciones, las entradas de tareas y socioemocionales criticas son una contribución de varias personas y no de un solo líder.

(Charles C. Manz y Henry P. Sims, 1998)

Los casos anteriores habla de lleno sobre el trabajo en equipo, los beneficios que conlleva el que se implemente esta forma de trabajo, teniendo en cuenta que se desarrollaran problemas y resistencias que al final deben ser superados, para mostrar la solidez de la institución y la madurez de quienes la conforman. Esto puede ser un reflejo de lo que se intenta obtener en el Hospital de la Mujer, mostrando casos reales donde se aplicado el trabajo en equipo aclarando que no es sencillo pero que a mediano y largo plazo beneficia tanto a un individuo como a las diferentes áreas y al Hospital en general, incluyendo la mejora de sus procedimientos.

5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1 OBJETIVO FUNDAMENTAL

Dar a conocer la importancia del trabajo en equipo por medio de un curso de capacitación, comparando la opinión de un grupo control y un grupo experimental respecto del mismo.

OBJETIVO PARTICULAR

Iniciar con una cultura organizacional de Trabajo en Equipo para elevar la calidad en el servicio a los clientes internos como externos.

5.2 POBLACIÓN DESTINATARIA

La población total con la que cuenta el Hospital de la Mujer en el año 2006 es de 1309 personas integradas en los diferentes departamentos o servicios.

El personal que asistió a los cursos impartidos dentro del periodo agosto – octubre del 2006 estuvo constituida por personal de diversas áreas del turno matutino, vespertino y de la velada del Hospital de la Mujer, de los servicios: administrativos, médicos y de enfermería.

El porcentaje aproximado de personal que asistió a los diversos cursos fue de un 11%.

La población total a la cual se le aplicó el instrumento fue de 244, para el grupo 1 participantes, para el grupo 2, se aplicó la escala a 99 personas

POBLACIÓN POR CURSO:

✓ Cursos del mes de Septiembre:

Durante la primera semana se tuvieron dos grupos con una media poblacional de 16 personas cada uno. La población total que asistió a la primera sesión (sumando los cuatro cursos) fue de 174 personas y en la segunda sesión (sumando los cuatro cursos) hubo una deserción, con un total de 69 personas. La mayor parte de la población (80%) estuvo constituida por mujeres.

Esta deserción se atribuye a los siguientes factores:

- 1.- A la carga de trabajo que se presenta, puesto que la prioridad es dar la atención a las pacientes.
- 2.- La resistencia al cambio, en su mayoría por los cambios abruptos que se dieron sin previo aviso y por la poca información que hay entorno a dichos cambios y que no satisficiera sus dudas.
- 3.- La poca participación de los jefes de servicio que son quien autorizan al personal ausentarse de sus labores para asistir al curso.
- 4.- Poca credibilidad de los cursos enfocados al desarrollo humano, el porcentaje más alto de asistencia es para los cursos que tienen que ver únicamente con su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos teórico – práctico que se relacionan con su profesión.

✓ Cursos del mes de octubre:

Durante los dos cursos impartidos en este mes se contó con alrededor de 20 participantes por grupo, haciendo un total de 40 participantes de los cuales el 90% fueron mujeres.

5.3 EL ESPACIO PARA LA IMPARTICIÓN DEL CURSO

El curso de intervención se llevo a cabo dentro del auditorio de dicha institución, el cual tiene capacidad para 150 personas, cinco escritorios de madera y 20 sillas tipo secretariales, un podium de madera y un micrófono inalámbrico.

Cuenta con una pantalla para proyección, un cañón y computadora, una televisión de 40 pulgadas con video grabadora integrada una pequeña cabina donde se encuentran los interruptores de luz y de micrófono para su manejo adecuado de acuerdo al tema.

Hay dos entradas y una estancia, misma que se utiliza para montar el coffee break para los recesos del curso.

5.4 FASES POR LAS QUE DISCURRIRÁ EL PROCEDIMIENTO

ACTIVIDADES	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	ENE
Negociación con las autoridades	■						
Diagnóstico		■					
Planeación de la intervención			■				
a) Determinación del procedimiento			■				
b) Determinación de instrumentos			■				
c) Diseño del curso de capacitación			■				
Intervención y recopilación de datos				■	■		
Análisis de datos						■	
Resultados y conclusiones							■

Tabla 1. Cronograma de actividades.

5.5 ACTIVIDADES PRINCIPALES

Procedimiento

- 1.- Diagnóstico, definir la problemática en los diferentes niveles y secciones
- 2.- Planeación de la intervención, redacción de objetivos y definir la dinámica que se llevó dentro del curso.
- 3.- Preparación del material (manual, material didáctico).
- 4.- Impartición del curso dentro del escenario.
- 5.- Aplicación de la evaluación al grupo experimental durante el curso y la aplicación al grupo control después llevar a cabo dicho curso.
- 6.- Análisis de los datos recogidos.
- 7.- Entrega de resultados.

El curso de Capacitación “Sensibilización al cambio para la Calidad en el Servicio por medio del Trabajo en Equipo” dirigido al personal del Hospital de la Mujer se realizó a lo largo de las siguientes fases:

1. Negociación con las autoridades para la planeación de la intervención:

Se negoció, desde principios del año 2006 en juntas con el Director del Hospital, con la Psicóloga y Doctora encargada del departamento de calidad, el apoyo de la institución en cuanto a las fechas y el lugar de intervención, los materiales de apoyo y la población a intervenir.

2. Diagnóstico

Se llevó a cabo la aplicación del instrumento “Redes semánticas”, definido por Reyes (1993) como un conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo y que esta estructura y organización deben permitir un plan de acción, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos.

✓ **Objetivos del diagnóstico.**

a) Conocer el significado de 10 conceptos, según las pacientes que acuden al hospital de la mujer, los cuales son:

El hospital de la Mujer

Los médicos del Hospital

Las enfermeras del Hospital

Los administrativos del Hospital

El cambio físico del Hospital

Los servicios en esta institución

La rotación del personal

Organización en el servicio

Un servicio de calidad y trato del personal

b) Identificar aquellas conductas o indicadores que las pacientes del Hospital de la Mujer consideran pertenecen a los conceptos presentados.

- ✓ Población utilizada para el diagnóstico.

La población estuvo constituida por 39 personas (37 mujeres y 2 hombres) con una media de 33 años de edad, de las cuales el 61% se dedica al hogar, 26% a trabajar y 13% a estudiar.

- ✓ Metodología del diagnóstico.

Las pacientes contestaron las primeras cinco palabras que les vinieron a la mente ante cada uno de los 10 conceptos (el hospital de la mujer, los médicos del hospital, las enfermeras del hospital...), posteriormente estas cinco palabras las ordenaron jerárquicamente según su importancia considerada, (1=la palabra mas importante, hasta 10 la palabra menos importante que define ese concepto).

- ✓ Resultados y conclusiones del diagnóstico

Entre otros resultados destacan los relacionados con aquellos que describen las características de los tres principales grupos de personal del hospital de la mujer (médicos, enfermeras y administrativos) en donde:

En el grupo de médicos se observa una mayor valoración relacionada con sus características de tipo profesional (capacitados, buenos médicos, profesionales,

expertos, responsables), pero también se mencionan características de su trato con las pacientes de tipo positivo (amables, atentos, serviciales, buena atención).

En el grupo de las (os) enfermeras (os) destacan sobre los otros dos grupos de personal, las características que tienen que ver con el trato a las pacientes de tipo positivo (amabilidad, atentas, buenas, atienden bien, buen servicio, pacientes) y solo en menor medida se mencionan características de su quehacer profesional (pesan, toman la presión, inyecciones, trabajan bien).

En el grupo de administrativos, las pacientes hacen mención a las características de atención positiva (atentas, buena atención, buen servicio) pero también hay quienes observan, aunque en menor medida, características de atención negativa (poco accesibles, déspotas, intolerantes...) por otro lado mencionan características de su quehacer identificando a este grupo de personal como aquellas que orientan y dan información.

De esta manera se concluye que la calidad percibida por las pacientes, definida por ellas mismas como: un buen servicio con amabilidad, buen trato y confianza, si es percibido en los servicios que reciben del personal del hospital de la mujer, se observa un buen grado de satisfacción pero también se identifican aspectos por mejorar en el personal para los cuales se desarrolló un curso de capacitación dirigido a la calidad en el servicio.

3.- Planeación.

Se elaboraron diversas actividades encaminadas a la logística del curso así como los instrumentos que servirían para recabar datos referentes al personal que labora en el hospital, y como resultado de ello se obtuvo un instrumento que mide la percepción que se tiene sobre el trabajo en equipo.

Se determinaron los objetivos del curso y de acuerdo a ellos se identificó la teoría requerida para cada tema, el tiempo que se dedicaría a cada uno así como los ejercicios dinámicos y materiales requeridos en cada tema. Toda esta información se reunió en la carta descriptiva dirigida las instructoras del curso y en el manual del curso el cual se elaboró y entregó a cada uno de los participantes.

4. Intervención y recopilación de datos:

La intervención constó de 1 curso piloto y 6 cursos con una duración de 10 horas cada uno, distribuidas en 2 sesiones de 5 horas, en un horario de 9: 00 A 14:00 hrs., cada sesión, durante los meses de Agosto a Octubre de 2006.

El objetivo general del curso fue: Identificar aspectos internos y externos que forman parte de la Cultura de Calidad de Servicio del Hospital de la Mujer.

Con base en este objetivo, en cada sesión se pretendió cubrir los siguientes objetivos:

Sesión1. -Reflexionar sobre la importancia del cambio a través de los acontecimientos históricos del Hospital de la Mujer.

Sesión2. -Identificar conductas laborales adecuadas al cambio y la implementación de una Cultura de Calidad mediante el Trabajo en Equipo.

Durante el curso se abarcaron los siguientes temas, tomando en cuenta que, en cada grupo por razones técnicas, el orden de los temas y ejercicios pudo variar y en ocasiones omitirse algún ejercicio:

Sesión 1. “La concientización de los retos y desafíos”: Introducción, presentación, los paradigmas, el cambio, la historia y misión del hospital.

Sesión 2. “La calidad en el servicio”: trabajo en equipo, comunicación, empatía, calidad, servicio, el usuario.

Las técnicas utilizadas fueron: conferencia (con apoyo de diapositivas), reflexión (de las instructoras y de los participantes) y ejercicios los cuales fueron:

Sesión 1. La telaraña, expectativas, la casa, brazos cruzados, los cinco sentidos, mi historia, carta a un amigo, la misión, matriz FODA y línea de cumpleaños.

Sesión 2. Presentación gansos, la pirámide, el nudo, si y no, trueque de un secreto, juego de roles, los seis sombreros y matriz FODA 2.

Aunado a las aplicaciones del instrumento anteriormente mencionado se aplicaron cuestionarios para evaluar el curso.

La dinámica que se llevo a cabo durante los cursos fue: Reflexiva, lúdica y participativa.

5.-Entrega de resultados:

Se presentaron ante la directora del Departamento de Calidad del Hospital de la Mujer los reportes referentes a los cursos implementados en la institución en donde se describe los siguientes puntos:

- El nombre del curso
- La fecha
- Los objetivos
- La población asistente
- El desarrollo del curso
- Los resultados
- Conclusiones derivadas del mismo.

✓ Resultados del desarrollo del curso

Durante los 7 cursos los participantes manifestaron diversas reflexiones de acuerdo al tema abordado:

Al inicio de la primera sesión los participantes identificaron a sus compañeros del grupo y manifestaron sus expectativas en las que mencionaron una disposición para aprender aspectos que ayuden a desarrollar adecuadamente su trabajo.

Se reflexionó sobre la resistencia al cambio y como ejemplo se tomó la historia del hospital de la cual los participantes revelaron que a lo largo de su historia se han observado actitudes y comportamientos del personal que han incidido para que en la actualidad aun esté de pie el hospital y con nuevos retos.

Finalmente reflexionaron sobre la misión del hospital e identificaron las Fortalezas propias del personal y las Oportunidades que el hospital les brinda y que a su vez éstas dos contribuyen a alcanzar dicha misión, por otro lado identificaron las Debilidades de sí mismos y las Amenazas en términos de cuestiones propias que les alejan de alcanzar la misión.

En la segunda sesión los participantes reflexionaron sobre la importancia de trabajar en equipo así como las conductas y problemas que se presentan al llevar al llevarlo a cabo, cómo inciden éstas en la calidad del servicio que brindan a las pacientes. Por último identificaron estrategias para mejorar la calidad de servicio

con base en la matriz fado de la primera sesión pues en ella habían conductas y actitudes para maximizar y debilidades por minimizar.

✓ De la evaluación del curso

Por cuestiones técnicas, la evaluación del curso la realizaron una muestra representativa de participantes que asistieron a la segunda sesión de los cursos, quienes mencionaron lo siguiente:

✓ La duración y los temas.

En la pregunta ¿qué aumentarías al curso?, el 48% de los (as) participantes mencionaron que aumentarían más tiempo al curso para despejar más dudas y abarcar más temas, así como que fueran más frecuentes y con continuidad. Mencionaron su preferencia por que la distribución del curso se llevara a cabo con más sesiones reduciendo el horario.

La dinámica. En la pregunta ¿Qué fue lo que más me gustó del curso? El 85% de las respuestas estuvieron encaminadas a la dinámica con que se desarrollaron los temas del curso, destacando: las dinámicas o ejercicios didácticos, la reflexión, la oportunidad y libertad de participación, la convivencia y el sentido del humor entre compañeros.

Las instructoras. En la pregunta ¿Qué fue lo que más me gustó del curso? El 15% de las respuestas estuvieron encaminadas al desempeño de las instructoras en términos de entusiasmo, accesibilidad y enseñanza.

El impacto de los temas del curso se ve reflejado en el aprendizaje que mencionan que se llevan los (as) participantes, a decir: Las respuestas de los participantes ante la pregunta ¿qué me llevo del curso? se presentaron en términos de actitudes, reflexiones englobados en aprendizajes de tipo personal y profesional. Cabe destacar que la mayoría mencionan estar encaminados al aprendizaje de personal haciendo alusión a una actitud positiva, optimista y motivante.

En cuanto al aprendizaje de tipo profesional mencionan reflexiones sobre su propio trabajo, conceptos, conocimientos y estrategias encaminadas a la atención con calidad de las pacientes y compañeros.

5.6 MATERIALES, INSTRUMENTOS Y RECURSOS

Los materiales que se utilizaran para la intervención son:

Carta Descriptiva	Contiene los temas, objetivos, actividades y tiempos para la realización del curso. (Anexo 2)
El Manual del participante	Consta de 27 cuartillas donde se desarrollan los temas por escrito y las instrucciones de las dinámicas y ejercicios a realizar.
Material didáctico	Lápices, plumones, hojas de rotafolio, etiquetas, estambre, sombreros de úncela.
Computadora y Cañón	Proyectar la presentación en Coger Pointe que consta de 75 diapositivas.

ATHCT (Attitudes towards health care team's scale/ Escala actitudes de los equipos dirigidos al cuidado de la salud)	Instrumento que mide la percepción sobre un equipo de trabajo mediante tres subescalas, las cuales son: 1) Calidad en el servicio; 2) Trabajo en equipo y 3) Liderazgo. (Anexo 1)
---	---

5.7 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

El tipo de estudio de esta investigación es no experimental de campo. La investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el psicólogo no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentes no manipulables. (Kerlinger, 1991).

La característica distintiva de este diseño de investigación no permite que los participantes se asignen al azar a diferentes condiciones (control – experimental) por lo cual no están controladas las variables de error y solo existe la colección de registros de datos sistemáticos sobre la conducta de grupos.

Para ello se desarrollo un curso – taller titulado “Sensibilización al cambio para la Calidad en el Servicio por medio del Trabajo en Equipo” con una duración de 10 horas divididas en dos sesiones de cinco horas, dirigido a médicos, enfermeros y administrativos.

En la primera sesión se abordaran los temas: Retos y Desafíos Históricos, Historia del Hospital, Función de una Misión y la Misión del Hospital.

En la segunda sesión del curso, se revisaron los temas de: Cambio, Calidad en el Servicio, Trabajo en Equipo, Creatividad y Comunicación.

5.8 ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

La muestra para esta investigación es de tipo no probabilística por cuotas, en esta técnica, se elige una muestra que refleja la composición numérica de diversos subgrupos de la población, sin embargo cuando se emplea un muestreo por cuotas no se tiene un muestro aleatorio. Esta técnica asegura los porcentajes de la población que se necesita para desarrollar la investigación, pero se tiene que reunir los datos mediante técnicas accidentales. La muestra refleja la composición numérica de la población completa, pero los participantes dentro de cada subgrupo se selecciona de manera accidental.

La escala ATHCT (*Attitudes towards health care team's scale/ Escala actitudes de los equipos dirigidos al cuidado de la salud*) se utilizo para la medición de la percepción sobre un equipo de trabajo, seleccionándola a partir del marco teórico que se reviso sobre la misma debido a que es una escala de tipo Likert,. Se empleo una escala de este tipo por que corresponde a los fines de esta investigación.

6. RESULTADOS

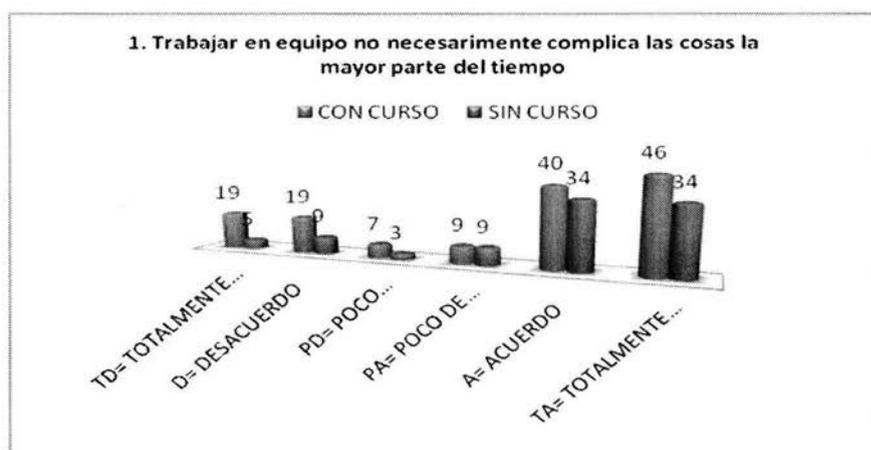
Se realizó un análisis estadístico de los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario **ATHCT** (*Attitudes Towards Health Care Team's Scale/ Escala actitudes de los equipos dirigidos al cuidado de la salud*) para conocer que tan de acuerdo o desacuerdo se encuentran con respecto al trabajo en equipo, lo anterior se realizó tanto para el grupo control como para el grupo experimental.

Los resultados nos indican que entre el grupo control y el grupo experimental se dió una diferencia. El grupo experimental al que se le impartió el curso respondió más favorablemente a las afirmaciones que el grupo control quien no tomó el curso.

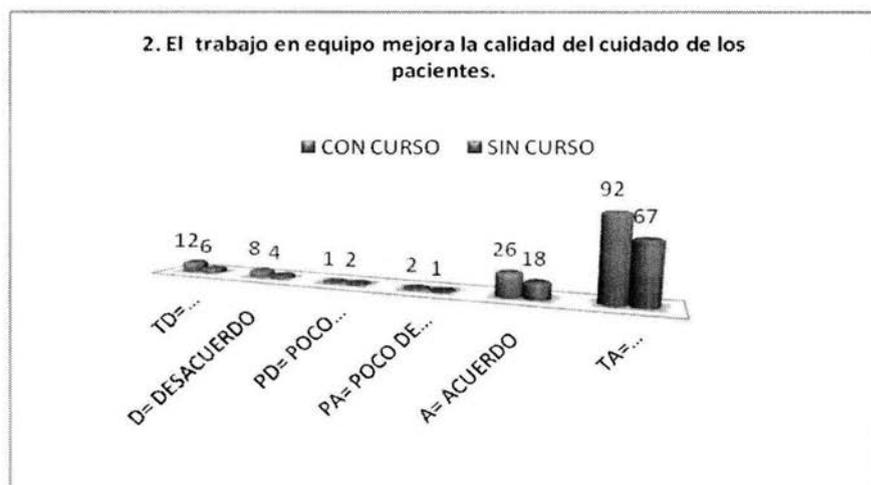
Esto favorece al objetivo de la investigación, ya que al sensibilizar y difundir la importancia, ventajas y beneficios del trabajo en equipo, logró un cambio que afecta a las relaciones de trabajo e incluso las relaciones sociales y esto podrá conllevar a la mejora en la atención de los pacientes.

Lo cual da pie a la continuidad en los cursos, ya que al brindar nuevas herramientas para el desempeño laboral, se dan mayores opciones para responder ante una situación de la mejor manera.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

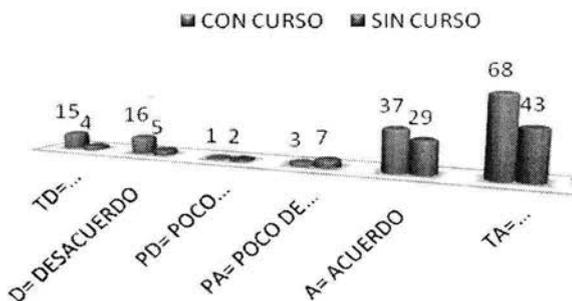


Grafica 1.1 De las 244 personas a las que se les aplicó el cuestionario, el 32% se inclinó por la opción *Totalmente de acuerdo* con respecto a afirmación antes mencionada, siguiéndole la opción de *Acuerdo* con el 30%. Con lo anterior podemos deducir que el 62% de la población total se inclina favorablemente hacia el trabajo en equipo.



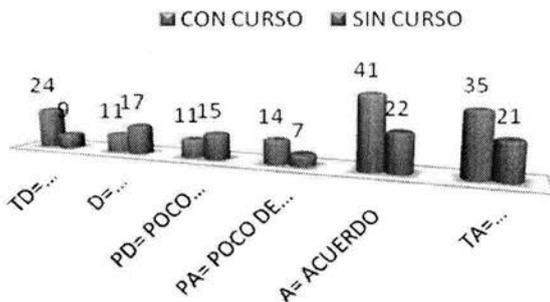
Grafica 1.2 El 65% de la población total a la que se le aplicó el cuestionario está *Totalmente de acuerdo* con el trabajo en equipo para mejorar la calidad de trabajo.

3. Las reuniones en equipo alientan la comunicación entre los miembros de un equipo de diferentes disciplinas.



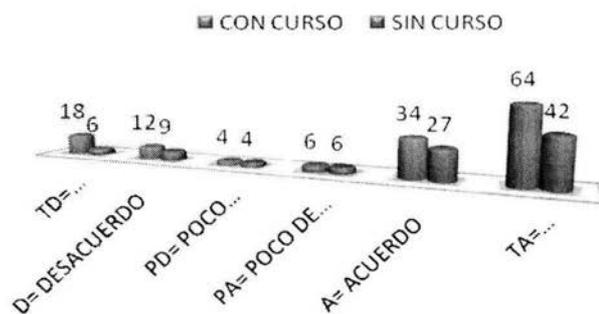
Grafica 1.3 El 72% de la población encuestada creen que las reuniones de los equipos de trabajo alimentan la comunicación y mejoran las relaciones, entre los individuos.

4. Los médicos tienen el derecho de alterar los planes del cuidado, de un paciente, que han sido desarrollados por un equipo.



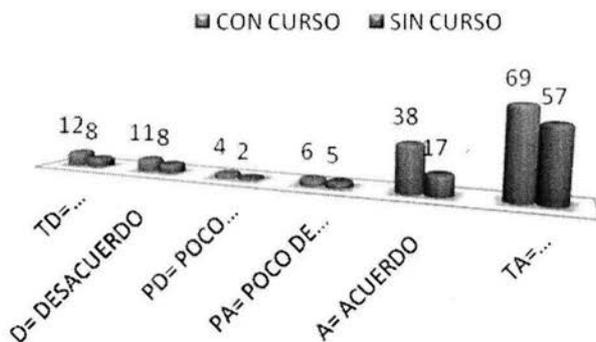
Grafica 1.4 En esta respuesta es interesante ver que a pesar de que la mayoría piensa que es correcto que un médico pueda alterar el desarrollo de un trabajo en equipo, pero con el curso que se les proporciono un porcentaje aunque pequeño pero considerable considera que esto no debe darse.

5. Los pacientes que reciben cuidado en equipo es más probable que sean tratados en forma integral.



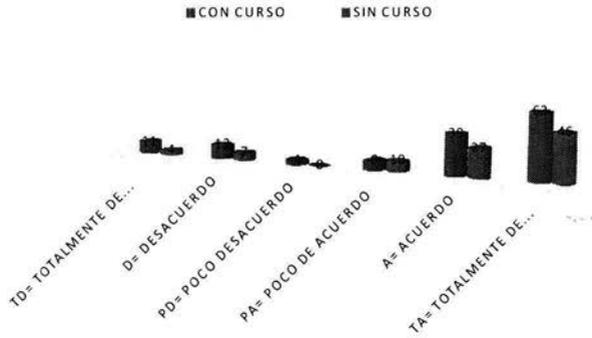
Grafica 1.5 El 68% creen que los pacientes reciben un cuidado mejor cuando es de forma integral, es decir, con un equipo de trabajo.

6. El principal propósito de un equipo es ayudar a los médicos a lograr metas en beneficio del paciente.



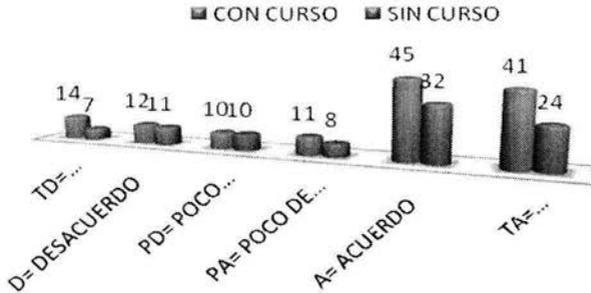
Grafica 1.6 Como podemos observar el porcentaje mayor se inclina a que el principal propósito de un equipo de trabajo médico tiene que beneficiar al paciente.

7. Trabajando en equipo se mantiene a los profesionales de la salud más entusiastas e interesados en su trabajo.



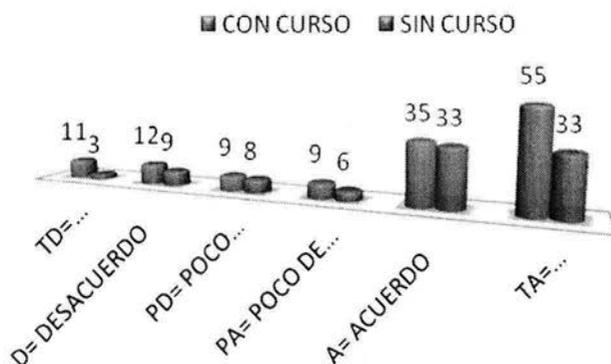
Gráfica 1.7 El 52% de los trabajadores del sector salud creen que trabajando en equipo se mantienen más interesados y animosos a los profesionales.

8. los pacientes están menos satisfechos con el servicio cuando se lo brinda un equipo.



Gráfica 1.8 En esta afirmación es interesante ver que la percepción de la gente es que el servicio es menos satisfactorio cuando se los brinda un equipo.

9 Desarrollar un plan de cuidados para el paciente con otro miembro del equipo, evita errores en el cuidado.



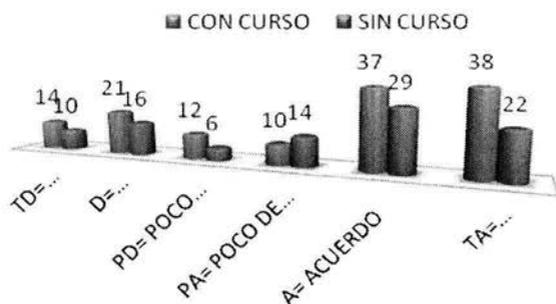
Grafica 1.9 La mayoría cree que un equipo de trabajo médico servirá mejor para sacar conclusiones y generar un plan de cuidados más efectivo.

10. Cuando se desarrollan planes interdisciplinarios de cuidado, para pacientes, se pierde mucho tiempo traduciendo los términos técnicos de otras disciplinas.



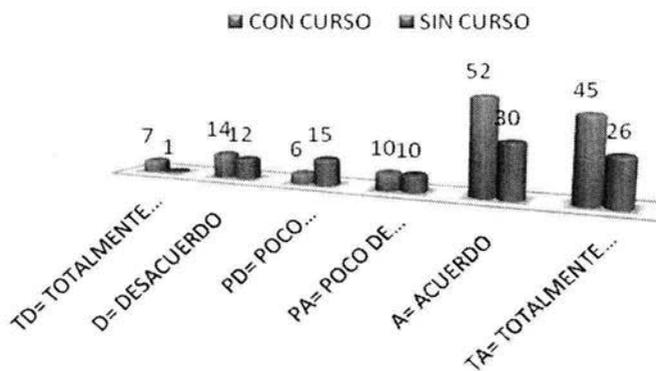
Grafica 1.10 En esta afirmación aunque no esta el término equipo nos damos cuenta que seria muy importante el trabajo en equipo para el desarrollo de planes interdisciplinarios, con el fin de facilitar el trabajo y recortar tiempo.

11. Los profesionales de la salud trabajando en equipo responden mejor, que otros a las necesidades emocionales y financieras de sus pacientes.



Grafica 1.11 Con el trabajo en conjunto cambia rotundamente la perspectiva de cómo se ven a los pacientes, los cuales son los que se ven más afectados.

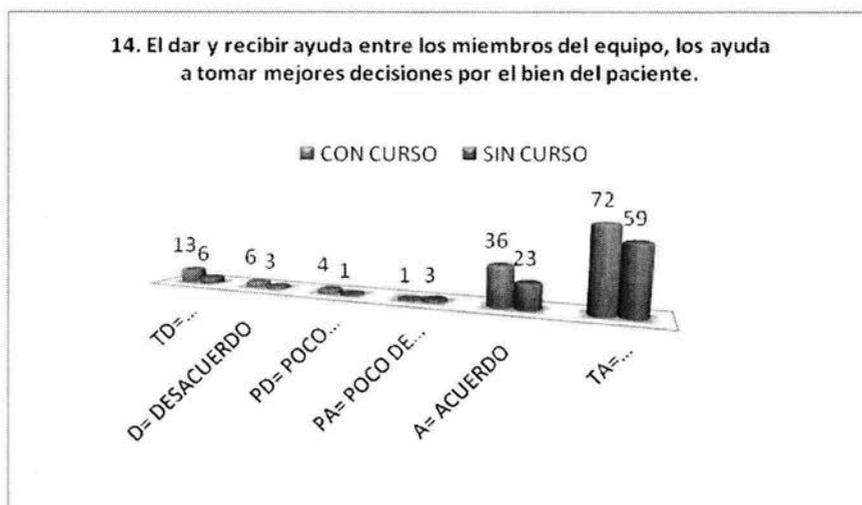
12. Al desarrollar un plan de cuidados interdisciplinarios se pierde mucho tiempo.



Grafica 1.12 Todo lo que se trate de beneficiar los horarios laborales permitirán a los doctores laborar de manera más cómoda.

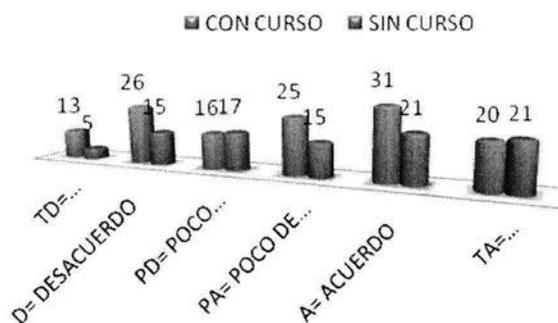


Grafica 1.13 La mayoría creen que los médicos se deben de apoyar de su equipo de trabajo, como son los psicólogos, por nombrar un ejemplo con el fin de tomar las decisiones mas completas y que beneficien a los pacientes.



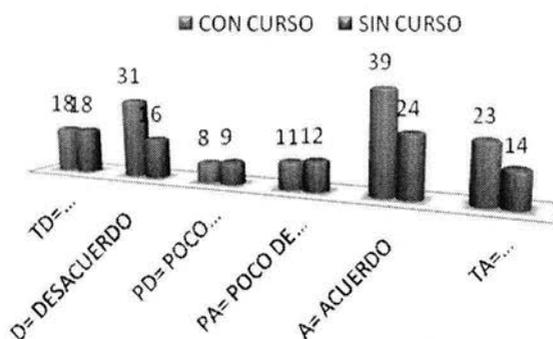
Grafica 1.14 Muy por encima del 50% de los encuestados creen que un equipo ayuda a generar una mejor toma de decisiones para beneficio del paciente.

15. En la mayor parte de los casos, el tiempo de las reuniones de un equipo podría ser mejor utilizado en otra forma.

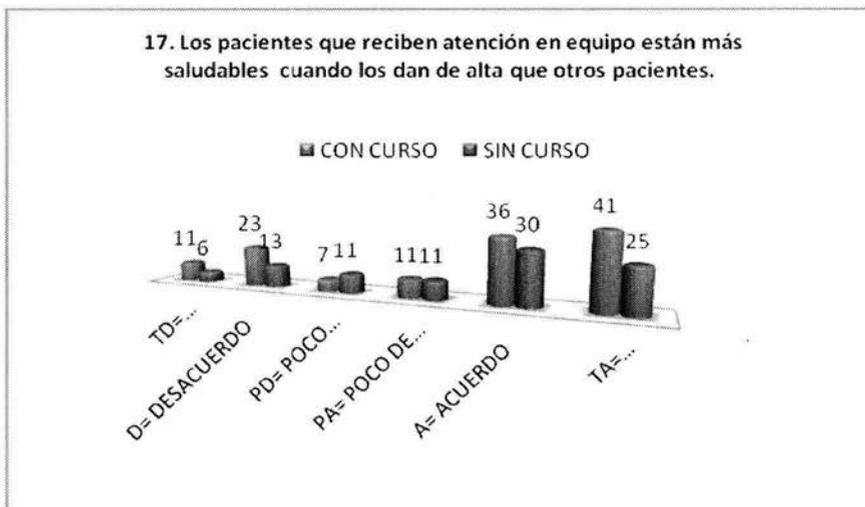


Grafica 1.15 En esta afirmación, el 21% esta de *Acuerdo* en que el tiempo destinado a las reuniones del equipo seria aprovechado para otras cosas, así mismo el 16 % esta *Desacuerdo* con lo anterior.

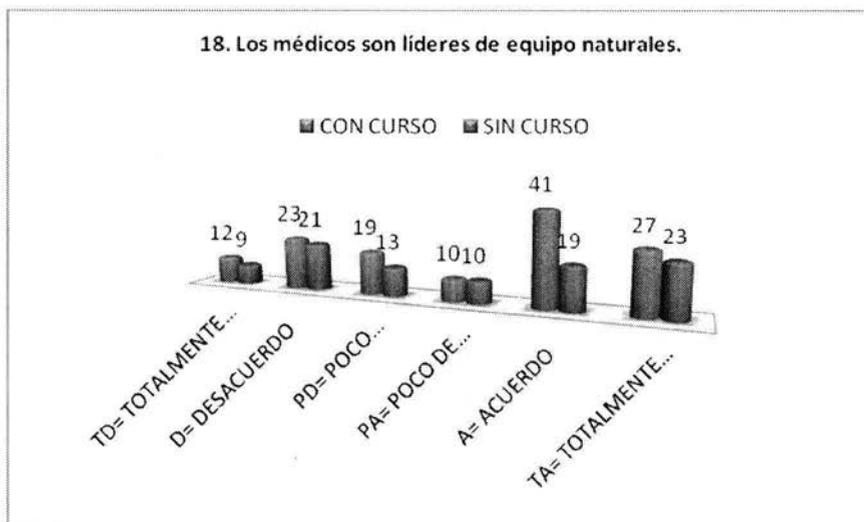
16. Los médicos tienen la última responsabilidad legal en las decisiones tomadas por el equipo.



Grafica 1.16 Del total de la población el 26% esta de *Acuerdo* en que los médicos tienen la responsabilidad legal en las decisiones que toma el equipo de trabajo, no así el 19% que se refleja en la opción de *Desacuerdo*.

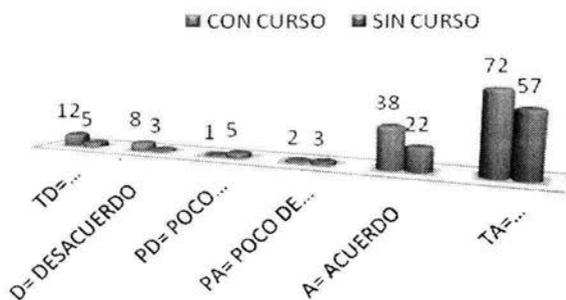


Grafica 1.17 En esta afirmación se observa que del total de la población el 30% eligió la opción Totalmente de acuerdo, mientras que el 27% escogió la opción de Acuerdo, es decir que aproximadamente el 57% de la población está convencida que los pacientes que reciben tratamientos integrales o que fueron atendidos por un equipo de trabajo están más saludables que cuando solo fueron atendidos por una persona.



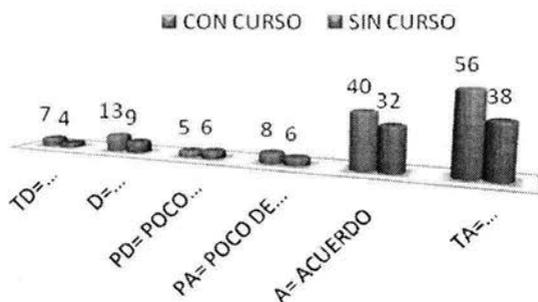
Grafica 1.18 El 24% de la población piensa que los médicos son líderes naturales en un equipo de trabajo.

19. El trabajo en equipo hace que la prestación de un servicio sea más eficiente.



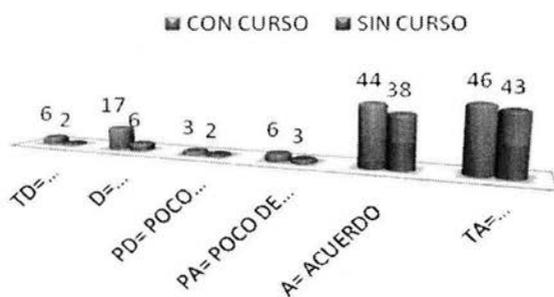
Grafica 1.19 Definitivamente la mayoría de la población 72%, esta a favor de que un servicio es más eficiente cuando se hace en equipo

20. El trabajo en equipo permite a los profesionales de la salud conocer las necesidades de los familiares responsables y de los pacientes.



Grafica 1. 20 El 39% de la población total esta Totalmente de acuerdo en que el trabajo en equipo les permite conocer la s necesidades de los pacientes así como de sus familiares.

21. Tener que reportar observaciones de la ayuda, entre los miembros de un equipo, facilita entender el trabajo de otros profesionales de la salud.



Grafica 1.21 El 70% de la población total esta de Acuerdo en que el reportar los avances del paciente facilita el entendimiento del caso entre el equipo de trabajo.

GRUPO1. CURSO

TD	13
D	15
PD	8
PA	9
A	37
TA	49

GRUPO 2. SIN URSO

TD	7
D	11
PD	8
PA	8
A	26
TA	35

Promedios de respuesta para las 6 diferentes opciones, tomando en cuenta que hay más personal dentro del grupo que 1.

El análisis de los datos adicionales que se obtuvieron en la investigación fueron los siguientes: edad, género, antigüedad, puesto, escolaridad. Se designo con el numero uno al grupo que asistió al curso – taller de sensibilización, y con el número dos al grupo que no asistió al curso.

Los datos obtenidos son los siguientes:

Para el grupo que asistió al curso se obtuvo que la media en cuanto a la edad fue de 43, en la parte de género asistieron más mujeres. El total de sujetos fue de 145.

- GENERO

DATOS	FRECUENCIA
FEMENINO	107
MASCULINO	38
TOTAL	145

Tabla 2.1 Genero de la población que participo en el curso – taller.

PUESTO

DATOS	FRECUENCIA
SIN PUESTO	4
DOCTOR	28
ENFERMERA	52
ADMINISTRATIVO	29
OTRO	32
TOTAL	145

Tabla 2.2 Puesto de la población que participo en el curso – taller

ESCOLARIDAD

DATOS	FRECUENCIA
SIN ESCOLARIDAD	8
PRIMARIA	1
SECUNDARIA	14
TECNICA	20
PREPARATORIA	22
LICENCIATURA	71
POSGRADO	9
TOTAL	145

Tabla 2.3 Escolaridad de la población que participo en el curso – taller.

En cuanto al grupo que no asistió al curso se lograron los siguientes datos:

Se obtuvo la media en cuanto a la edad que fue 41 años, en la parte de género asistieron más mujeres, una antigüedad de 14 años, participaron más administrativos. El total de sujetos fue de 99, la frecuencia más elevada respecto a la edad fue de 30 años con 6 sujetos.

Género

DATOS	FRECUENCIA
S/SEXO	3
FEMENINO	65
MASCULINO	31
TOTAL	99

Tabla 3.1 Genero de la población que no participo en el curso – taller.

- PUESTO

DATOS	FRECUENCIA
SIN PUESTO	4
DOCTOR	5
ENFERMERA	17
ADMINISTRATIVO	38
OTRO	35
TOTAL	99

Tabla 3.2 Puesto de la población que no participo en el curso – taller.

- ESCOLARIDAD

DATOS	FRECUENCIA
SIN ESCOLARIDAD	16
PRIMARIA	2
SECUNDARIA	19
TECNICA	20
PREPARATORIA	17
LICENCIATURA	15
POSGRADO	10
TOTAL	99

Tabla 3.3 Escolaridad de la población que no participo en el curso – taller.

7. DISCUSIÓN

Uno de los problemas que enfrenta el Hospital de la Mujer es la escasa cultura de trabajar en equipo para el logro de metas, por lo cual se presentan muchas de las desventajas enunciadas anteriormente, lo cual conlleva a una retroceso en el cumplimiento de proyectos que beneficiaran a largo plazo no solo a sus dirigentes sino a toda la plantilla.

El cambio de conductas para lograr el inicio de actividades y actitudes dirigidas al trabajo en equipo se lograra si se da un seguimiento y una evaluación periódica, manteniendo el compromiso de los dirigentes y jefes de servicio ya que son los que deberán encabezar el movimiento hacia mejorar la calidad en el servicio del hospital para obtener la certificación del Seguro Popular.

A partir de este primer estudio de campo se pretenden realizar diversas propuestas atacando los puntos débiles con las propias fortalezas del hospital.

Es necesario inducir y motivar el trabajo en equipo así mismo promover la integración de las diferentes áreas en las que se compone la estructura institucional.

Por lo pronto se llevo al objetivo, dar a conocer a la institución una opción más de trabajo, lo siguiente es verificar que apliquen el conocimiento adquirido durante las actividades diarias y esto se lleve a cabo como un efecto cascada.

Por otra parte, un factor importante a considerar es que se esta produciendo un cambio evolutivo, paulatino para no trasgredir las expectativas de aquellos que están involucrados; un cambio revolucionario podría ocasionar la tendencia de aplicar la ley del mínimo esfuerzo: es más fácil mantener las condiciones actuales

que aprender otras nuevas, porque las innovaciones pueden implicar compromisos y responsabilidades que no se llevaría a cabo.

Las cuestiones de calidad son probablemente los más fuertes impulsores del cambio hacia el trabajo en equipo, hoy en día los equipos son considerados como un elemento crucial de muchos programas de administración de calidad total por lo que el cambio de conductas para lograr el inicio de actividades y actitudes dirigidas al trabajo en equipo se logrará si se da un seguimiento y una evaluación periódica, manteniendo el compromiso de los dirigentes y jefes de servicio ya que son los que deberán encabezar el movimiento hacia mejorar la calidad en el servicio del hospital para obtener la certificación del Seguro Popular.

El programa de intervención en el Hospital de la Mujer continuará siempre y cuando se tenga bien fijo en que estatus de calidad en la atención médica se quiere posicionar, proponiendo nuevos proyectos de desarrollo.

8. CONCLUSIONES

A partir de esta investigación se concluye la importancia del trabajo en equipo, ya que brinda ventajas a la institución en cuanto a resultados y puntos de mejora, además de cubrir las necesidades sociales que tenemos como seres humanos.

Un equipo se basa en el objetivo que se tenga en común, si un individuo no realiza su trabajo adecuadamente afecta a los demás, derivando así una falta de integración, lo que trae como consecuencia una individualidad rompiendo con el camino hacia el éxito, originando desventajas que afectan sin lugar a dudas a la institución.

La individualidad es el mal que esta atacando al Hospital de la Mujer, los diferentes cambios que se suscitaron al reestructurarse física y administrativamente en sus diferentes áreas, sus expectativas ante el cambio provocó la incrementación de la resistencia, lo cual dio a su vez la desviación de las conductas necesarias para lograr la misión establecida.

Es claro entender que todas las instituciones tienen establecidas una misión, la cual se logra cuando todos sus integrantes trabajan a un ritmo similar, para esto se requiere mantener actualizado al personal mediante capacitaciones, descubriendo las necesidades encubiertas, a través de una detección de necesidades de capacitación (DNC), realizándolas de manera constante y lo más importante dándole el seguimiento en la aplicación de los conocimientos obtenidos.

Un curso es la mejor manera de aumentar la calidad en cualquier empresa o institución del giro que sea, mientras el personal se encuentre capacitado será una inversión a mediano y largo plazo que reducirá costos y que generará grandes ventajas.

Lejos de ser sólo una obligación legal para las empresas la capacitación se ha convertido en el eje más sólido de la supervivencia y entrar de lleno a programas que les den una nueva dimensión. Erróneamente se toma como la solución inmediata a los problemas, es comparada con una dosis que el médico receta por única ocasión y que al ser tomada resolverá todo lo que nos aqueja, lo que orilla al descuido de la parte crucial, el seguimiento.

La capacitación es área de oportunidad de crecimiento para cualquiera, la considero una herramienta básica de trabajo la cual nos permite implementar, estabilizar e institucionalizar cualquier programa. El trabajo en equipo por su parte enriquece nuestro desempeño laboral y personal, aprovechando y compartiendo los conocimientos tanto nuestros como de nuestros compañeros para obtener mayores ganancias. (Dos cabezas piensan mejor que una y cinco piensan mejor que dos). Al combinando estos dos elementos se obtendrá éxito.

Es claro que en 10 horas de curso es imposible cambiar el grado de actitud de la forma de trabajo llevado a cabo desde hace 15 años, es aquí donde entra realmente el trabajo y la aplicación de los conocimientos del psicólogo laboral y de los programas de capacitación, el objetivo es alcanzar óptimos resultados tanto para el personal como para la institución.

El objetivo fundamental de esta investigación tuvo los resultados esperados puesto que se dió a conocer la importancia del trabajo en equipo; obtenido diferencias poco significativas en la parte estadística entre el grupo control y el grupo experimental en cuanto a la opinión sobre el trabajo en equipo. Sin embargo estas opiniones en su mayoría fueron positivas hacia el trabajo en equipo, lamentablemente dentro de sus áreas no es una característica que aun se pueda observar, esta parte es contradictoria y crea un conflicto de entre los mismos compañeros o integrantes de un área, ya que si una persona tiene la actitud y convicción y deseo de trabajar en conjunto, se decrementará al ver que sus compañeros no tienen esa misma disposición.

Esta estrecha significancia entre los grupos se atribuye a la diminuta base cultural del servicio de calidad y al concepto equivoco de los equipos de trabajo que actualmente se tiene, además de que el personal no tiene la oportunidad de contacto con cursos enfocados al desarrollo integral y esto conlleva a crear expectativas de rechazo a nuevas ideas; lo cual nos indica que es necesario reforzar el aprendizaje con mayores contenidos y múltiples técnicas.

Otro logro que se obtuvo fue iniciar el cumplimiento del objetivo particular, ya que es el primer eslabón de un cambio de cultura con respecto a la forma en que se ve el trabajo en equipo (llevándolo a cabo), es aquí donde la colaboración de la dirección va en conjunto con la plantilla que conforma la institución del Hospital de la Mujer para realizar compromisos, los cuales al cumplirse dará una ganancia en tiempo, crecimiento y dinero invertidos para brindar un nivel más alto de calidad en los servicios.

LIMITACIONES

Como principal limitante se encontró la actitud negativa del personal con respecto a la participación dentro del curso. Otra situación importante es que no se tiene el suficiente apoyo por parte de las autoridades del Hospital para que se difundan y promuevan acciones que conlleven al trabajo en equipo, así mismo no hay una clara información de parte de la dirección y de las jefaturas hacia los subordinados con respecto a los cambios que se realizaron y sus beneficios.

La falta de credibilidad hacia los cursos de capacitación dirigidos al desarrollo humano, este último por falta de seguimiento, es decir dentro del Hospital no hay una dirección de la capacitación en cuanto a los niveles de actualización o especialización, inclusive en la inducción al mismo.

Dentro del área de Psicometría, no hay una basta gama de pruebas, la creación y el desarrollo de estas son mínimos, por lo que hay una carencia y los psicólogos seguimos apoyándonos en pruebas que no están estandarizadas a la población mexicano o incluso que no tiene validez y confiabilidad.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD

El programa de capacitación y el compromiso que se tiene por parte de la Facultad de Psicología en cuanto al seguimiento es lo que permitirá un beneficio real a la institución ya que se registrarán los avances y resultados, reforzará los puntos débiles con información y concientización de la misma y en base a ello podrán realizarse nuevas propuestas de mejora que permita el crecimiento del personal así como del propio Hospital de la Mujer.

Una propuesta para exhortar al personal y a la autoridades del Hospital asistir a los cursos y darles su debida importancia es organizar una vez al mes un curso de capacitación donde se le informe sobre temas relevantes al desarrollo personal, social y familiar, asimismo de temas técnicos propios de su especialidad.

Exhortar a psicólogos mexicanos a diseñar pruebas para esta población y en todas las áreas para que se tenga más herramientas y obtener mejores resultados y beneficios de los mimos.

9. REFERENCIAS

- Albarran, A. y Sánchez, G. (1996). **Actitud y percepción hacia la Capacitación en los Hospitales no. 32 del IMSS.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Beckhard, R. (1973). **Desarrollo Organizacional, Estrategias y Modelos.** México: Fondo Educativo Interamericano.
- Bentley, T. (1993). **Capacitación Empresarial.** México: McGraw – Hill
- Blake, O. (2003). **La Capacitación.** Buenos Aires, Argentina: Macchi.
- Blake, E., Mouton, J.S. y Allen R.L. (1992). **Como Trabajar en Equipo.** Barcelona: Norma
- Calderón, H. **Manual para la Administración del proceso de Capacitación de Personal.** México: Limusa
- Charles C. Manz, & Henry P. Sims, Jr. **Team Work and Group Dynamics,** Wiley & Sons, 1998.
- Colunga, C. (1995) **La Calidad en el Servicio,** México, Panorama Editorial.
- Cortada de Kohan Nuria. (2000). **Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración.** México, Trillas
- Craig, R. y Bittel, L. (1971). **Manual de Entrenamiento y Desarrollo de Personal.** México: Diana
- Crosby, Ph., B., (1987). **Calidad sin Lágrimas.** México C.E.C.S.A.
- Dawes Robyn M. (1983). **Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes.** México: Limusa
- De Faria, F. (1995). **Desarrollo Organizacional.** Enfoque Integral. México: Limusa
- Díaz-Guerrero, R. (1996) **Psicología del Mexicano, descubrimiento de la etnopsicología.** México: Trillas

Donabedian, Avedis. (1984). **La Calidad de la Atención Médica**. México: La Prensa Medica Mexicana

Frenk, J., Lozano, R., González -Block MA, et, al 1994. **Economía y Salud: Propuesta para el Avance del Sistema de salud en México - Informe Final** México D.F. Fundación Mexicana para la Salud

García, M., Rodríguez, C., Díaz, J., y Estrada, J. (1988). **El trabajo en Equipo: Productividad y calidad de Vida en el Trabajo**. Wilmington, E.U.A.: Addison-Wesley Iberoamericana, S.A.

Gordon, Judith (1997) "**Comportamiento organizacional**". México, Ed. Pearson Educación.

Guzmán Valdivia (1980). **La Dirección de los Grupos Humanos**. México: Limusa

Horovitz, J. (1992) **La Calidad del Servicio**, México Mc Graw Hill

Juran, J.M. (1988) **Juran's Quality Control Handbook** (4ª Ed.) E.U.A. Mc Graw-

Hill - 1990 **Juran y el Liderazgo para la Calidad: Un Manual para Directivos**. Madrid, Díaz de Santos.

Hyer Kathryn y Fairchild Susan (2000) Measuring attitudes related to interdisciplinary training: revisiting the Heinemann, Schmit tan Farell attitudes Howard health care teams'scale. Journal of Interprofesional Care, Vol. 14 No. 3.

Katzenbach John R. y Smith D. (1995). **La Sabiduría de los Equipos**. México: Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V.

Kotler, P. (1991) **Marketing Management** , E.U. Pretince Hall.

Larrea Pedro. (1991). **Calidad de Servicio**. Ediciones Díaz de Santos, Madrid. España

Lewin, Kurt. (1978). **La teoría del campo en la Ciencia Social**. Buenos Aires: Paidós

Mora, N. (1996). **Cambio Hacia una Cultura de Calidad de Servicio**. Reporte Laboral Facultad de Psicología. UNAM.

Müller de la Lama, Enrique. (1999). **Cultura de Calidad de Servicio**. Ed. Trillas. México

O'Leary, D y O'Leary, M. (1992) **De las Garantías de Calidad al perfeccionamiento de la calidad.**, México Comisión Unificadora de Acreditación de organizaciones de Salud y Cuidados de Emergencia.

Omachonu, V. (1995) **Principios de la Calidad Total**, México, Diana.

Patiño Humberto (1993). **Equipos de Mejora Continua en Calidad Total**. México. Trabajo presentado en el 4^a Congreso Nacional de Psicología del Trabajo. Toluca, 18 Marzo 1993

Reza, T. (1995) **El ABC del Administrador de la Capacitación**. México Panorama.

Robbins S., (1987). **Comportamiento Organizacional**. México: Prentice – Hall Hispanoamericana

Rodríguez, M. (1978). **Psicología de la Organización**. México: Trillas

Rodriguez, M. (1991). **Formación de Instructores**. México: Mc Graw-Hill

Ruelas, E, y Querol. (1994). **Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud**. México: Fundación Mexicana para la Salud

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. **Capacitación**. México, 1998.

Siliceo, A. (1982). **Capacitación y Desarrollo de personal**. México: Limusa

Virton, (1968). **Los Dinamismos Sociales**. México: Herder

William, B. (1992) **Administración de Personal y Recursos Humanos**, México, Mc Graw Hill.



ANEXO 1 Instrumento ATHCT



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGIA

Instrucciones

A continuación se le presenta una serie de afirmaciones respecto a las cuales se puede estar de acuerdo o en desacuerdo. El objetivo de este cuestionario es obtener información sobre su opinión acerca del “trabajo en equipo” dentro de un ambiente laboral, para lo cual se le presentaran, seis alternativas de respuestas posibles.

TD	Totalmente Desacuerdo
D	Desacuerdo
PD	Poco Desacuerdo
PA	Poco de Acuerdo
A	Acuerdo
TA	Totalmente de Acuerdo

Indique por favor en la hoja de respuesta, marcando con una “X” en la casilla que corresponde a la alternativa que mas asemeje su opinión.

Ejemplo: El trabajo en equipo mejora la calidad en el servicio.

TD D PD PA A TA

AFIRMACIONES:

1. Trabajar en equipo no necesariamente complica las cosas la mayor parte del tiempo.
2. El trabajo en equipo mejora la calidad del cuidado de los pacientes.
3. Las reuniones en equipo alientan la comunicación entre los miembros de un equipo de diferentes disciplinas.
4. Los médicos tienen el derecho de alterar los planes del cuidado, de un paciente, que han sido desarrollados por un equipo.
5. Los pacientes que reciben cuidado en equipo es más probable que sean tratados en forma integral.
6. El principal propósito de un equipo es ayudar a los médicos a lograr metas en beneficio del paciente.
7. Trabajando en equipo se mantiene a los profesionales de la salud más entusiastas e interesados en sus trabajos.
8. Los pacientes están menos satisfechos con el servicio cuando se lo brinda un equipo.
9. Desarrollar un plan de cuidados para el paciente con otro miembro del equipo, evita errores en el cuidado.
10. Cuando se desarrollan planes interdisciplinarios de cuidado, para pacientes, se pierde mucho tiempo traduciendo los términos técnicos de otras disciplinas.
11. Los profesionales de la salud trabajando en equipo responden mejor, que otros a las necesidades emocionales y financieras de sus pacientes.
12. Al desarrollar un plan de cuidados interdisciplinarios se pierde mucho tiempo.
13. Los médicos no deberían tener siempre la última palabra en decisiones hechas por un equipo al cuidado de la salud.
14. El dar y recibir ayuda entre los miembros del equipo, los ayuda a tomar mejores decisiones por el bien del paciente.

15. En la mayor parte de los casos, el tiempo de las reuniones de un equipo podría ser mejor utilizado en otra forma.
16. Los médicos tienen la última responsabilidad legal en las decisiones tomadas por el equipo.
17. Los pacientes que reciben atención en equipo están más saludables cuando los dan de alta que otros pacientes.
18. Los médicos son líderes de equipo naturales.
19. El trabajo en equipo hace que la prestación de un servicio sea más eficiente.
20. El trabajo en equipo permite a los profesionales de la salud conocer las necesidades de los familiares responsables y de los pacientes.
21. Tener que reportar observaciones de la ayuda, entre los miembros de un equipo, facilita entender el trabajo de otros profesionales de la salud.



HOJA DE RESPUESTAS



NOMBRE: _____ Edad: _____ años

Genero (M) (F)

Antigüedad _____ años

Puesto: () Doctor (a) () Enfermero (a) () Administrativo (a) Otro: _____

A continuación marque con una cruz el nivel de escolaridad concluido que tiene actualmente:

() Primaria () Técnica () Licenciatura
() Secundaria () Preparatoria () Posgrado

1	TD	D	PD	PA	A	TA
2	TD	D	PD	PA	A	TA
3	TD	D	PD	PA	A	TA
4	TD	D	PD	PA	A	TA
5	TD	D	PD	PA	A	TA
6	TD	D	PD	PA	A	TA
7	TD	D	PD	PA	A	TA
8	TD	D	PD	PA	A	TA
9	TD	D	PD	PA	A	TA
10	TD	D	PD	PA	A	TA
11	TD	D	PD	PA	A	TA
12	TD	D	PD	PA	A	TA
13	TD	D	PD	PA	A	TA
14	TD	D	PD	PA	A	TA
15	TD	D	PD	PA	A	TA
16	TD	D	PD	PA	A	TA
17	TD	D	PD	PA	A	TA
18	TD	D	PD	PA	A	TA
19	TD	D	PD	PA	A	TA
20	TD	D	PD	PA	A	TA
21	TD	D	PD	PA	A	TA

ANEXO 2

CARTA DESCRIPTIVA CURSO - TALLER

No	TEMA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGIA	MATERIAL	DURACION
1	Sesión 1. "Factores externos de la cultura de calidad en el servicio".					
1a	Introducción	Presentación	El participante identificará los objetivos del taller	Exposición		30 minutos
1b	Presentación	La telaraña, Expectativas	El participante conocerá a los miembros del grupo, haciendo hincapié en las coincidencias más que en las diferencias.	Participativa por medio de facilitación	Estambre	40 minutos
1c	Los paradigmas	La casa	El participante definirá que es un paradigma.	Participativa por medio de facilitación	Diapositivas en cañón.	40 minutos
1d	El cambio	Brazos cruzados, los cinco sentidos	El participante identificará los beneficios del cambio y su proceso.	Participativa por medio de facilitación. Expositiva	Diapositivas en cañón.	50 minutos
RECESO						20 minutos
1e	La historia del hospital	Mi historia, carta a un amigo	El participante identificar los eventos críticos del Hospital de la Mujer a lo largo de su historia.	Participativa por medio de lectura del material. Expositiva	Manual del curso. Diapositivas en cañón	40 minutos
1f	La misión del hospital	Matriz FODA 1. La misión.	El participante identificará sus fortalezas y debilidades propias y las oportunidades y amenazas del hospital.	Participativa por medio de facilitación invitando a la reflexión de los datos aportados.	Manual del curso. Rotafolios. Plumones.	50 minutos
1g	Cierre de la primer sesión	Línea de cumpleaños.	El participante reflexionará sobre los temas abordados el día de hoy.	Participativa por medio de facilitación.		30 minutos

No	TEMA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGIA	MATERIAL	DURACION
2	Sesión 2. "Factores internos de la cultura de calidad en el servicio".					
2a	Trabajo en equipo	Presentación gansos, la pirámide.	El participante reconocerá la importancia del trabajo en equipo como herramienta para el logro de objetivos y de la calidad en el servicio.	Expositiva	Diapositivas en cañón, hojas, manual del curso. Cartas de Pocker.	60 minutos
2b	Comunicación	El nudo, si y no.	El participante conocerá los tipos de comunicación así como su importancia, sus bloqueos y sus canales.	Expositiva Participativa por medio de facilitación invitando a la reflexión de los datos aportados.	Diapositivas en cañón.	60 minutos
2c	Empatía	Trueque de un secreto.	El participante identificará la importancia de tener empatía en el lugar de trabajo.	Participativa por medio de facilitación	Hojas de papel.	40 minutos
RECESO						20 minutos
2d	Calidad en el servicio	Juego de roles	El participante identificará los conceptos y variables que intervienen en la calidad de servicio, su vinculación, compromiso y responsabilidad.	Participativa por medio de facilitación. Expositiva	Diapositivas en cañón	60 minutos
2e	Cierre del curso	Matriz FODA 2, Los seis sombreros.	El participante ejercitará una técnica que permite aumentar la aportación de ideas innovadoras en el logro de objetivos.	Participativa por medio de facilitación invitando a la reflexión de los datos aportados.	Rotafolios. Matriz FODA 1. Plumones. Sombreros de 6 colores	60 minutos