

31
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA INCREMENTAR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.M.S.S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

RAFAEL MONROY AVENDAÑO

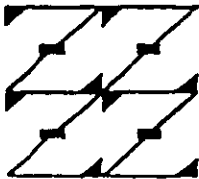
DIRECTOR DE TESIS: LIC. JORGE I. SANDOVAL OCAÑA

MEXICO, D.F.

1998

258252

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXION

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

**A mi madre Feliciano,
por TODO.**

**A mi padre Vicente,
por su buen ejemplo.**

**A mis hermanos:
Felipe, Hugo, Vicente, Isidro (q.e.p.d.),
Esteban, Vito, Cándido y especialmente a Alejandro,
por todo su apoyo.**

**A Lorena,
por su compañía
y ayuda.**

**A mis amigos (as),
por ser incondicionales.**

**Al Prof. Jorge Sandoval Ocaña,
por creer en un sueño.**

Al Honorable Jurado

Profesores:

Germán Gómez Pérez

Jorge Sandoval Ocaña

Ma. Esther Almanza Benitez

Edgar Pérez Ortega

Pedro Vargas Avalos

Por sus invaluable comentarios y aportaciones.

A la Universidad Nacional Autonoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores ZARAGOZA, por la formación profesional.

Al Programa de Becas de Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación, por haber financiado buena parte de esta tesis.

A la Dra. Rosalinda Mercado Guerrero, por permitirme ejercer como profesional de la Psicología en la U. M. F. en la cual se desarrolló el presente trabajo.

A la Psic. Aurora González Lojero, Jefe de Capacitación y Desarrollo de la Delegación 2 Noreste del I.M.S.S., por brindar las facilidades para que el psicólogo participe y contribuya en el proceso de capacitación e investigación.

INDICE

Página

Introducción.....	I
CAPITULO 1. LA CALIDAD EN EL SERVICIO	
1. La calidad en el servicio.....	1
1.1. Definiciones.....	1
1.1.1. Definición de calidad.....	1
1.1.2. Definición de servicio.....	3
1.1.3. Definición de calidad en los servicios.....	4
1.1.4. Otras definiciones.....	4
1.2. La naturaleza de la calidad en los servicios.....	6
1.2.1. La naturaleza de la calidad.....	6
1.2.2. La naturaleza de los servicios.....	9
1.3. Los costos de la mala calidad en los servicios.....	12
1.4. Elementos que intervienen en la calidad en los servicios de salud.....	14
1.5. La evaluación de la calidad en los servicios de salud.....	16
1.5.1. Enfoques para evaluar la calidad en los servicios de salud.....	16
1.6. Estudios sobre la calidad en los servicios de salud en el IMSS.....	17
1.7. La Seguridad Social en México.....	20
1.7.1. Antecedentes históricos.....	20
1.7.2. Dispersión de la respuesta institucional.....	21
1.7.3. Debilidades y fortalezas del IMSS.....	22

CAPITULO 2. LA CAPACITACION EN LAS ORGANIZACIONES

2. La capacitación en las organizaciones.....	27
2.1. Definiciones.....	27
2.2. Teorías del aprendizaje en la capacitación.....	30
2.2.1. Teorías conductistas.....	30
2.2.2. Teorías cognoscitivas.....	31
2.2.3. Principios del aprendizaje.....	33
2.3. Teorías administrativas y psicológicas en las organizaciones.....	34
2.3.1. Teoría clásica.....	34
2.3.1.1. Escuela de la Administración Científica.....	35
2.3.1.2. Escuela de la Administración Operacional.....	35
2.3.1.3. Escuela burocrática.....	36
2.3.2. Teoría sociológica.....	37
2.3.3. Teorías psicológicas.....	37
2.3.3.1. Psicología Organizacional.....	38
2.3.3.2. Escuela de las Relaciones Humanas.....	39
2.3.3.3. Repercusiones de las Relaciones Humanas.....	41
2.3.3.4. Desarrollo Organizacional.....	45
2.4. Marco legal de la capacitación en el IMSS.....	47
2.4.1. Constitución Política de los E.U.M.....	48
2.4.2. Ley Federal del Trabajo.....	48
2.4.3. Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS.....	49

CAPITULO 3. PROGRAMAS DE CAPACITACION EN LAS ORGANIZACIONES

3. Programas de capacitación en las organizaciones.....	51
3.1. Enfoque sistemático.....	51
3.2. Subsistemas de capacitación.....	53
3.2.1. Planeación.....	53
3.2.1.1. Diagnóstico Organizacional y Situacional.....	53
3.2.1.2. Análisis de puestos.....	55
3.2.1.3. Detección de necesidades de capacitación.....	55
3.2.1.4. Definición de objetivos.....	56
3.2.1.5. Programación.....	57
3.2.1.6. Políticas y presupuestos.....	58
3.2.1.7. Evaluación.....	58
3.2.2. Diseño y producción.....	59
3.2.2.1. Diseño.....	59
3.2.2.2. Producción.....	60
3.2.2.3. Desarrollo de proyectos de mejora continua.....	62
3.2.3. Promoción y ejecución de eventos.....	63
3.2.3.1. Promoción.....	63
3.2.3.2. Ejecución de eventos.....	63
3.2.4. Evaluación y seguimiento.....	64
3.2.4.1. Microevaluación.....	65
3.2.4.2. Macroevaluación.....	66
3.2.4.3. Seguimiento.....	66
Metodología de investigación.....	68
Método.....	69
Resultados.....	81
Análisis de resultados.....	89
Interpretación.....	95
Conclusiones.....	97
Bibliografía.....	107
Anexos	

INTRODUCCION

La modernización lleva consigo nuevas formas de vida y actuación, consecuentemente el país demanda, día a día, formar cuadros calificados suficientes que respondan a los requerimientos del avance tecnológico y de los cambios organizacionales, para elevar la productividad y mejorar la calidad en los servicios.

La calidad en los servicios de salud, se define como el grado de mejoramiento que se establece en forma previa, para satisfacer al cliente a través de un conjunto de prestaciones (en especie y/o en dinero). Esto se ha enfatizado en los últimos tiempos, porque algunas organizaciones han encontrado formas para reducir sistemáticamente los errores en la prestación de los servicios, con mejoras e innovaciones constantes, lo cual ha elevado su competitividad y está obligando a otras empresas a buscar alternativas para sobrevivir.

El proceso por el cual se puede incrementar la calidad en los servicios en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, es mediante un Programa de Capacitación, el cual se define como un proceso sistematizado de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes del trabajador que permitan su desarrollo individual y cumpla con los objetivos de la organización.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene por objetivo determinar el incremento de la calidad en los servicios en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, con la implantación de un programa de capacitación; éste es diseñado desde el enfoque sistemático de la capacitación.

Los necesidad de incrementar la calidad en los servicios de salud en las Unidades de Medicina Familiar, se refleja en la baja satisfacción del usuario a dichos servicios ,lo cual señala que dicha Institución no está cumpliendo la razón por la cual fué creada: una función social.

La importancia de la realización de éste trabajo, se basó en tres aspectos principales:

El primero se refiere a la necesidad de sobrevivencia y permanencia en la sociedad del I.M.S.S.; esto es, preparar al personal para que otorgue un servicio que reditúe en usuarios satisfechos y disminuir el número de clientes insatisfechos y/o clientes perdidos, ya que estos dos últimos por lo regular no expresarán su insatisfacción al Instituto; pero sí lo pueden hacer a terceras personas, provocando una falta de competitividad y el resultado negativo en los beneficios.

El segundo lo constituye la aplicación de los modelos teóricos de la Psicología en el proceso de la capacitación y permitir con ello, el logro de los objetivos. Si bien, la planeación, ejecución, evaluación y control constituyen conceptos de la teoría administrativa; el aprendizaje, así como las actitudes y comportamientos de los prestadores de servicio (que determinan en gran medida la calidad en los servicios), son aspectos que estudia la Psicología y que influyen en el desarrollo de la organización.

El tercer aspecto y no menos importante, lo constituye el cumplimiento de las disposiciones jurídicas, que en materia de capacitación señalan el Art. 123-A Fracción XIII y XXI de nuestra Carta Magna, la Ley Federal del Trabajo y el Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS. En ellos se han señalado los beneficios y beneficiarios de la capacitación:

- La organización: Promover la comunicación entre individuos y entre grupos , incrementar la productividad y la calidad en los servicios y ayuda al personal a identificarse con los objetivos de la organización, entre otras.
- El individuo: Promover la superación personal, actualizar conocimientos, desarrollar habilidades, prevenir riesgos de trabajo y elevar la calidad de vida laboral, entre otras.
- El usuario: Atender sus necesidades y cumplir con sus expectativas.

CAPITULO 1: LA CALIDAD EN EL SERVICIO

A continuación se hará un análisis de lo que constituye la calidad en el servicio, específicamente en el área de los servicios de salud (Seguridad Social o Sanidad). Para ello, se comenzará con las definiciones.

1.1. Definiciones

El concepto de calidad en el servicio ha tenido una profunda evolución en los últimos años, va desde el simple significado latino hasta la estructuración de una teoría y filosofía de la calidad como modelo de Desarrollo Organizacional.

El análisis de lo que constituye la calidad en el servicio, comienza por definir las nociones de calidad y servicio.

1.1.1. Definición de calidad

El término calidad deriva de la palabra latina *qualitas, atis*, que indica cualidad, manera de ser, propiedad de las cosas. Sin embargo, los sistemas organizacionales actuales, han utilizado tanto el concepto 'calidad' que lo han transformado hasta llegar a significar mucho más que las definiciones originales de los diccionarios.

En este sentido, parece no haber alguna definición precisa respecto al término calidad, sin embargo, algunos autores concuerdan con tres elementos que implican su definición.

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"¹.

Horovitz (1992), define la calidad como "El nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave"². Estos últimos constituyen la medida en que se logra dicha calidad.

¹ Kotler, P. (1991) "Marketing Managment" Editora Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey. E.U. p 34.

² Horovitz, J. (1992) "La calidad del servicio" Editorial McGraw-Hill/Interamericana. México. p 1

Bone y Griggs (1994), definen la calidad como "Un estándar de perfección, a través del cual juzgamos si llevamos a término lo que nos propusimos, cuándo y como dijimos que lo haríamos y de manera que satisfaga las necesidades de nuestros clientes"³. Así, la calidad es una meta, una serie de requisitos a alcanzar.

De forma similar, Crosby (1987), define la calidad como "Cumplir con los requisitos previamente establecidos"⁴, dichos requisitos deben cumplirlos los empleados y los directivos. De ésta manera, "los requerimientos" (características solicitadas por el cliente) son los indicadores de si se cumple o no con la calidad.

Halpern (1990), define la calidad como "Grado con el cual un producto o servicio, satisface las expectativas del consumidor"⁵. De esta manera, a la variación en la calidad se le denomina grados.

Contrastando las definiciones anteriores, se pueden encontrar tres elementos que implican la definición del término calidad, como se observa a continuación:

ELEMENTOS	AUTORES				
	KOTLER	HOROVITZ	BONE & GRIGGS	CROSBY	HALPERN
Primero: Grado, nivel, estandar.	Conjunto de propiedades o atributos...	Nivel de excelencia...	Estándar de perfección...	Cumplir con los requisitos...	Grado con el cual, un servicio...
Segundo: Establecido previamente.	...preestablecidas.	... que la empresa ha escogido alcanzar...	...para llevar a término lo que nos propusimos, cuando y como dijimos que lo haríamos...	... previamente establecidos.	
Tercero: satisfacción del cliente.	... para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas...	... para satisfacer a su clientela clave.	... de manera que satisfaga las necesidades de nuestros clientes.	(implícito) Los requerimientos son las características solicitadas por el cliente.	... satisface las expectativas del consumidor.

³ Bone, D. y Griggs, R. (1994) "Calidad en el trabajo" Editorial Iberoamericana. México. p 1.

⁴ Crosby, P. (1987) "Calidad sin lágrimas" CECSA. México. p 71.

⁵ Halpern, S. (1978) "The assurance sciences", Prentice-Hall. Englewood Cliffs, N.J.: En: Cárdenas, R. (1993) "Cómo lograr la calidad en bienes y servicios" Editorial Limusa. México. p 45.

Cabe señalar que el cliente (usuario, consumidor o derechohabiente), será cualquier persona sobre la que repercute el proceso o producto. Es decir, aquel que se beneficie del trabajo de la organización.

Precisado lo anterior, se puede integrar una definición de calidad para los fines del presente trabajo, a la luz de las definiciones anteriores.

De ésta manera, la calidad se puede definir como: **GRADO DE MEJORAMIENTO QUE SE ESTABLECE EN FORMA PREVIA, PARA SATISFACER AL CLIENTE.**

1.1.2. Definición de servicio

El término servicio, al igual que el de calidad, ha evolucionado hasta tener una connotación distinta en las organizaciones que prestan servicios.

El concepto de servicio, a diferencia del de calidad, parece ser más preciso ya que varios autores lo definen de forma parecida.

Según Kotler (1991), "Servicio es todo acto o función que una parte puede ofrecer a otra"⁶. Para Colunga (1995), "Servicio es el trabajo realizado para otra persona"⁷.

Por su parte, Horovitz (1992) define el servicio como "**El conjunto de prestaciones que el cliente espera**"⁸.

Como se observa, las tres definiciones anteriores mencionan en esencia lo mismo. Sin embargo, para los fines del presente trabajo, se considerará la acepción propuesta por Horovitz, ya que el "conjunto de prestaciones" incluye "todo acto o función" y "trabajo realizado" que mencionan los autores anteriores a él. Además es más preciso cuando señala "que el cliente espera" en comparación de "para otra persona" u "ofrecer a otra parte" como mencionan los otros autores.

El servicio es entonces, un conjunto de prestaciones que son otorgadas a los clientes por parte de las personas que conforman la organización.

⁶ Kotler, P. (1991) Op. Cit. p 9.

⁷ Colunga, C. (1995) "La calidad en el servicio". Panorama Editorial. México. p 25.

⁸ Horovitz, J. (1992) Op. Cit. p 2.

1.1.3. Definición de calidad en los servicios

Unificando los términos calidad y servicio, podemos definir la calidad en los servicios como:

GRADO DE MEJORAMIENTO QUE SE ESTABLECE EN FORMA PREVIA, PARA SATISFACER AL CLIENTE A TRAVÉS DE UN CONJUNTO DE PRESTACIONES⁹

1.1.4. Otras definiciones

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad humana en las organizaciones. Hoy en día se puede hablar de calidad de vida en el trabajo, control de calidad, control total de calidad, calidad total y garantía de calidad, entre otros; sobre los que habría de distinguirlos de la calidad en el servicio.

La **Calidad de Vida en el Trabajo (CVT)** la define Bergeron (1982) como: "La aplicación concreta de una filosofía humanista a través de la introducción de métodos de participación, con intención de modificar uno o varios aspectos del entorno de trabajo, para crear una situación nueva más favorable para la satisfacción de los empleados de la empresa"¹⁰. El concepto de CVT, incorpora un amplio número de términos y nociones: enriquecimiento del trabajo (variedad de habilidades, identidad e importancia de la tarea, así como autonomía y retroalimentación), respuestas afectivas frente a la tarea (satisfacción general, motivación interna del trabajador y satisfacciones específicas), fuerza de la necesidad de desarrollo individual y motivación potencial, entre otras, como enuncian Hackman y Oldham (1974).

Poirier y Houser (1994), mencionan que la CVT supone que la organización tiene una actitud prevaleciente hacia el papel de todo el personal: su valor como personas y la contribución que hacen a la empresa. Estos autores ubican a la CVT dentro de la primera fase, de tres, en el procedimiento para alcanzar la mejora continua en las empresas.

⁹ En los servicios de salud, estas prestaciones son en especie y en dinero, según la Ley del Seguro Social.

¹⁰ Beregerón, J. L. (1982). "La qualité de vie au travail: de quoi parle-t-on exactement?", Revue Commerce, núm. 1, enero. En: Turcotte, P. (1986) "Calidad de vida en el trabajo". Editorial Trillas, México. p. 30.

Respecto al **Control de Calidad**, Ishikawa (1986) lo define como "Desarrollar, diseñar y mantener *un producto* de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor... En su interpretación más estrecha, calidad significa calidad del producto. En su interpretación más amplia, calidad significa calidad del trabajo, *calidad del servicio*, calidad del proceso, calidad de las personas, etc. Nuestro enfoque básico es controlar (o considerar) la calidad en todas sus manifestaciones"¹¹.

Si bien el término Control de Calidad proviene de los procesos fabriles, éste ha tenido una amplia connotación y diversidad que puede adecuarse al ámbito de los servicios.

El **Control Total de Calidad** se define como "El conjunto de responsabilidades de todos los integrantes de una organización para la integración, el desarrollo, el *aseguramiento* y el mejoramiento de la calidad de un producto o servicio a satisfacción completa del usuario y al precio más económico posible"¹², según Gómez (1991). Cabe destacar que al término Control de Calidad antes mencionado, se le añade la palabra TOTAL, integral a lo ancho de toda la organización (de las personas dentro y fuera de la organización), logrando con ello, no sólo una ampliación temática sino el surgimiento de la Filosofía de Calidad: la plena satisfacción del consumidor.

El término **Calidad Total**, no dista del Control Total de Calidad mencionado. Alfredo Acle (1995), considera la Calidad Total como una filosofía administrativa, una acción estratégica para una organización. Dicha filosofía debe permearse a lo largo y ancho de la estructura organizacional, lo cual implica el pleno involucramiento de todos sus miembros, quienes deben estar convencidos de los beneficios que para ellos tienen tanto en lo individual como en lo que respecta al fortalecimiento de su fuente de trabajo.

Por otra parte, la **Garantía de Calidad** es lograr que las políticas y objetivos se cumplan, así como los planes, programas y normas administrativas, operativas y técnicas. La garantía implica que la empresa cuente con un sistema de *aseguramiento* de la calidad, el cual permita presentar las evidencias necesarias en caso de conflicto, demostrando que la función de calidad se cumple (Gómez, 1991).

Así, la garantía de calidad asegura al cliente que el producto o servicio cumple los fines de uso y determinan la responsabilidad comercial, civil y penal en caso de incumplimiento.

¹¹ Ishikawa, K. (1986) "Qué es el control total de calidad?" Editorial Norma. Colombia. pp 40-41.

¹² Gómez, E. (1991) "El control total de calidad". Fondo editorial Legis editores. Colombia. p 111

Como se observó, la calidad es multidimensional, el fundamento de Calidad de Vida en el Trabajo, Control de Calidad, Control Total de Calidad, Calidad Total y Garantía de Calidad, es el concepto de CALIDAD *per se*.

De esta manera, es necesario enfatizar la importancia de entender la calidad como un concepto dinámico y en evolución, el cual debe revisar permanentemente las características y estándares para acomodarlos al mundo cambiante de las necesidades de los usuarios, de los trabajadores y de las organizaciones.

1.2. La naturaleza de la calidad en los servicios

Después de estas definiciones, es preciso señalar la naturaleza única de la calidad en los servicios, para lo cual se hará una revisión de lo particular a lo general.

1.2.1. La naturaleza de la calidad

Rosander (1992), menciona que la calidad es tanto subjetiva como objetiva:

Es subjetiva porque afecta los sentimientos personales, las apreciaciones de la mente, las reacciones del sistema nervioso, de lo que se origina de entre ellas en el individuo.

Es objetiva porque tiene que ver con las medidas, con lo observable, con los hechos, más allá de los sentimientos personales, con objetos y eventos sobre los que dos observadores independientes pudieran coincidir, con apreciaciones sensoriales.

Si bien en el control de calidad de productos manufacturados se podría 'medir' en términos objetivos, lo que tiene valor comercial es la medida subjetiva de la calidad.

Ejemplos entre lo objetivo y lo subjetivo son:

<u>OBJETIVO:</u>	<u>SUBJETIVO:</u>
Medidas	Sentimientos
Defectos	Expectativas
Datos	Cortesía
Producción	Satisfacción
Productos	Actitudes
Tiempo perdido	Necesidades

La empresa u organización que presta un servicio es responsable de su calidad. Más específicamente, el individuo que presta un servicio es responsable de su calidad. Una organización está basada en la asunción táctica de que el empleado que sirve al cliente, prestará un servicio satisfactorio; claramente fue contratado para esto y para nada más.

Un cliente puede contactar con 2 o 3 personas antes de hacerlo con la persona adecuada. El cliente no trata con supervisores, directores o ejecutivos: trata con un empleado. El cliente juzga la calidad del servicio en base al contacto que realiza con los empleados de la organización. El cliente no tiene otra alternativa sino considerar al empleado responsable de la calidad del servicio recibido; ya que es la única información que tiene para formarse un juicio de la calidad del servicio; por ello, el empleado representa el cumplimiento o el no cumplimiento de la calidad (Rosander, 1992).

Horovitz (1992) señala que "cuando un cliente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes, lo juzga como un todo. Lo que prevalece es la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica"¹³. El cliente que recibe un mal servicio no se consuela si le dicen que la baja o poca calidad se debe a la dirección que está ausente y es inaccesible, y no al empleado.

Rosander cita una encuesta de Gallup (1985)¹⁴, en la que muestra que la conducta del empleado y sus actitudes, son el mayor determinante de la calidad en los servicios. Estas pueden dividirse en tres clases, en las cuales se aportan ejemplos:

¹³ Horovitz, J. (1992) Op. Cit. Pág. 13.

¹⁴ Consumer perceptions concerning the quality of american products and services; realizado por la Asociación Americana para el Control de Calidad, Organización Gallup (Princeton, N.J, Septiembre, 1985). pp. 39-40. En: Rosander A. C. (1992) La búsqueda de la calidad en los servicios. Ediciones Díaz de Santos: Madrid, España. pp. 54-57,161.

- Comportamiento: actuar con prontitud, ser atento, escuchar cuidadosamente, mostrar capacidad para el trabajo, etc.
- Actitudes: cortés, amistoso, amable, atento, preocupado, responsable, etc.
- Imagen: imagen general, cuidado general, ropas (uniformes), presentación personal: cabello, zapatos, limpieza, etc.

Esta encuesta muestra claramente que los clientes no tienen dificultad alguna para identificar las características de no calidad en las personas que prestan los servicios.

Las siguientes, son características tanto positivas que contribuyen a la calidad como negativas que influyen en la mala calidad o a la anti-calidad:

Características de buena calidad o procalidad	Características de mala calidad o anti-calidad
Cortés Servicial Cuidadoso Educado Amable Accesible Considerado Diligente Cooperador Acertado Honesto Esperanzado Fiable Que ayuda Comprensivo Interés, preocupado Competente, cualificado	Descortés Indiferente Descuidado Rudo Brusco Crítico, antagónico Abrasivo, arbitrario Lento, indeciso Egoísta, autosuficiente Desacertado, propenso al error Dishonesto, defrauda Negativo, desesperanzado No fiable Estorba Indiferente, apático Despreocupado Incompetente, no cualificado.

De esta manera "la calidad viene determinada por la conducta y actitudes de las muestras individuales. No hay ni media ni varianza, esto es un problema psicológico, no es un problema estadístico... Las emociones y sentimientos son el corazón de las actitudes, del comportamiento y la motivación básica de la supervisión, la mejora de la calidad y del entorno de trabajo"¹⁵.

¹⁵ Rosander, A. C. (1992) Op. Cit. Pág. 20.

1.2.2. La naturaleza de los servicios

En los albores del siglo XXI, México es un país de servicios. De acuerdo con la Secretaría de Turismo, en 1992 el 62% del total de la mano de obra mexicana laboraba en empresas de servicio, generando el 66% del Producto Interno Bruto. Es innegable que cada vez habrá más servicios integrados a la vida de los ciudadanos y que cada vez los servicios pesarán más en la economía y en la cultura del país (Colunga, 1995).

Toda empresa de servicios, generalmente presta tres clases de servicios: servicio principal, servicios periféricos y servicios de valor agregado:

- El servicio principal es el servicio más importante que presta la empresa, la razón de su existencia, el servicio que proporciona mayores ingresos. El servicio principal en una Unidad de Medicina Familiar es la consulta externa, el sanar a los enfermos.
- Los servicios periféricos son los otros servicios que presta la empresa y que complementan o se relacionan con el servicio principal. En una Unidad Médica, los servicios periféricos son: archivo clínico, radiodiagnóstico, laboratorio clínico, farmacia, etc.
- Los servicios de valor agregado, son aquellos servicios libres de costo que acompañan al servicio principal y/o a los periféricos y cuya función es el incrementar el valor de los mismos. Cuando éstos servicios se prestan a los usuarios del servicio principal o periférico, su costo va incluido en el pago de éstos últimos servicios. Si alguno de los servicios del valor agregado se cobra, automáticamente pasa a ser catalogado como servicio periférico que complementa o se relaciona con el servicio principal. Los servicios de valor agregado en una Unidad Médica pueden ser las incapacidades, pensiones, etc.

Colunga (1995), también describe un aspecto importante respecto de la naturaleza de los servicios: el ciclo del servicio. Este lo define como el conjunto sistematizado de pasos para la prestación de un servicio. El ciclo del servicio se compone de otros dos ciclos: el ciclo del servicio de la empresa y el ciclo del servicio del cliente.

El ciclo del servicio de la empresa, es el conjunto sistematizado de los pasos que lleva a cabo la empresa para la *creación* y la *prestación* de un servicio. Dichos pasos son:

1. **Determinar clientes.** La dirección inicia el ciclo al determinar quiénes son los clientes que utilizan o que pueden utilizar los servicios que la empresa otorga.
2. **Detectar necesidades de los clientes.** La dirección investiga o estima las necesidades y expectativas actuales y futuras de los clientes.
3. **Planear los servicios.** La dirección planea los servicios y los requerimientos necesarios para cubrir dichas necesidades y expectativas de los clientes, desarrollando los procesos y autorizando los recursos necesarios para hacerlo.
4. **Crear los servicios.** Toda la organización se avoca a llevar a cabo los planes a fin de que los servicios cumplan sistemáticamente con los requerimientos establecidos, en una serie de acciones que comprometan a todas las áreas de la empresa.
5. **Prestar los servicios.** Los empleados que atienden directamente a los clientes, les prestan el servicio principal, periféricos y/o de valor agregado, de acuerdo con los procedimientos planeados, a lo largo del ciclo de servicio de cada cliente.
6. **Evaluar el cumplimiento de los requerimientos y satisfacción de los clientes.** La dirección evalúa el cumplimiento de los requerimientos de cada servicio, proceso, sistema empleado y equipo, así como la satisfacción de los clientes. Los datos arrojados por estas evaluaciones, servirán para mejorar consistentemente los servicios y sus requerimientos.

El ciclo del servicio del cliente es el conjunto de contactos y acciones que un cliente tiene con la empresa para recibir un servicio. Estos son:

- A. **Inicio del ciclo del servicio del cliente:** inicia con el primer contacto que el cliente hace con la empresa prestadora de servicios.
- B. **Acciones del cliente para recibir el servicio:** si el cliente decide recibir el servicio, su ciclo de servicio continúa mediante las diversas acciones necesarias de su parte para recibir de una manera satisfactoria lo convenido y mediante los diversos contactos que tendrá con la empresa durante el desarrollo del ciclo del servicio.
- C. **Terminación del ciclo:** el ciclo del servicio del cliente termina con el último contacto que tiene con la empresa, independientemente que haya o no recibido el servicio por el cual se contactó. En el momento en que vuelve a tomar contacto con la empresa, se inicia otro ciclo del servicio al cliente.

Otro aspecto muy importante sobre los servicios son sus características. Algunos autores (Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L., 1985; Kotler, P. 1991 y Rosander, A.C., 1992), concuerdan en que los servicios tienen cuatro características principales:

1. **Intangibilidad.** Los servicios son intangibles: Esto significa que los servicios no pueden examinarse de la misma manera que uno examina los alimentos (ver, oler, probar, sentir, etc.) antes de hacer una compra en un supermercado, por ejemplo. Los consumidores que van a 'comprar' servicios, generalmente no tienen nada tangible que colocar en la bolsa de la compra. El cliente no sabrá si el servicio será o no satisfactorio, si no lo compra y pasa por la experiencia.
2. **Inseparabilidad de producción y consumo.** Los servicios son inseparables: Por lo general, los servicios se producen y consumen al mismo tiempo. Un servicio generalmente se consume mientras se realiza con el cliente implicado a menudo en el proceso. De igual modo, los servicios ocurren en el tiempo, por ello tienen una dimensión temporal, esto es que los servicios tienen un comienzo y un fin determinado.
3. **Caducidad.** Los servicios son perecederos: La mayoría de los servicios no pueden almacenarse; una vez que se ha prestado un servicio, ya no existe. Puede repetirse pero no recobrase. Tiene duración pero no vida. Si un servicio no se usa cuando está disponible, la capacidad de servicio se pierde.
4. **Variabilidad.** Los servicios tienen alto grado de variabilidad (o heterogeneidad). Los servicios los constituyen una serie de actividades afines, normalmente llevadas a cabo por seres humanos y en consecuencia dominadas por la conducta humana. Por ello, los servicios tienen un alto grado de heterogeneidad, porque depende de quién los ofrece así como dónde y cuándo son ofrecidos. De ahí que los servicios impliquen fiabilidad y variabilidad humana y sean difíciles de generalizar.

Dado que los servicios generalmente requieren de un elevado número de transacciones durante el ciclo del servicio al cliente, las interacciones humanas son importantes porque incrementan o decrementan el impacto del servicio principal y de los servicios periféricos que se otorgan al cliente. El incremento de la calidad en los servicios es principalmente un problema concerniente a las personas, éstas son la clave. Es un problema de relaciones humanas.

La satisfacción de los clientes es algo personal y subjetivo; constituyen 'experiencias vividas' en donde el cliente de un servicio no puede demostrar su grado de satisfacción hasta que lo consume o pasa por la experiencia (por el proceso).

Lo anterior, lleva a concluir que la naturaleza de la calidad en los servicios, está determinada en gran medida, por las actitudes y comportamientos de un solo individuo o series de individuos en un tiempo determinado.

Rosander (1992), menciona algo importante sobre lo que implica la calidad en los servicios enfocados a la salud:

"La calidad en los servicios médicos dirigidos al paciente, implica curación de la enfermedad, dolencia o complicación. Esto sólo incluye a los dolores que permiten mejora. Se excluyen los casos de enfermedades incurables e incapacidades permanentes. En estos últimos casos, la calidad consiste en tomar todas las medidas posibles para hacer que el paciente se sienta confortable, sin dolor y tan feliz (satisfecho) como sea posible. La calidad en los servicios de salud implica diagnósticos correctos y la efectividad de los remedios. La calidad también implica que tanto los médicos como las enfermeras dialoguen con los pacientes y les expliquen lo que está ocurriendo y lo que va a ocurrirles. Significa escuchar y responder preguntas."¹⁶

El cliente, basado en ciertas expectativas, escoge -hasta cierto punto- a sus proveedores, (Institución o empresa), después de recibir el servicio lo compara con el servicio esperado. Si el servicio percibido está por debajo de lo esperado, el cliente pierde interés por el proveedor. Si por el contrario, el servicio que percibe concuerda o excede sus expectativas, entonces el cliente refuerza su lealtad por esa organización. En este sentido, es importante determinar cuáles son las consecuencias que puede ocasionar un cliente insatisfecho; por ello a continuación se enunciará el costo de la mala calidad en los servicios.

1.3. El costo de la mala calidad en los servicios

Algunos autores (Berry, L., Parasuraman, A. y Zeithaml, 1988; Horovitz, J., 1992 y Colunga, C., 1995) coinciden en señalar que en materia de servicios, un cliente insatisfecho contará su insatisfacción, o mala experiencia a un promedio de 10 personas (más incluso, si el problema es serio), y se lo contará a 4 personas en promedio, si su experiencia fue positiva o satisfactoria. Así que, un 1% de clientes insatisfechos, produce alrededor de un 12 % de clientes dudosos de esos servicios.

¹⁶ Rosander, A. C. (1992) Ibid. Págs. 583-584.

Un cliente descontento por un servicio, puede considerarse generalmente perdido y hace a 10 personas partícipes de su frustración. Y es que un comentario negativo no sólo elimina la perspectiva de nuevos clientes, sino que puede dificultar la permanencia de los clientes ya existentes que se cuestionarán seguir empleando los servicios de una Institución o empresa que ofrece un servicio defectuoso.

Rosander (1992), ha enunciado los efectos de los costos de la calidad en las actitudes de los clientes:

ACTITUD DEL CLIENTE	ACCION DEL CLIENTE	EFECTO EN LA EMPRESA
Cliente satisfecho	Alaba ante otros el servicio. 'Arte de vender gratis'.	Trae nuevos clientes. La empresa gana.
Cliente insatisfecho	Se queja a otros. Habla del servicio de mala calidad.	Produce dudas a clientes potenciales. Pierde la empresa
Cliente perdido	Pregona que no se compre el servicio. Le compra a la competencia.	Resulta en pérdida de clientes. La empresa puede sufrir una seria pérdida y competitividad.

En la prestación de los servicios, ocurrirán errores y habrá algunos clientes descontentos; estos clientes representan para la empresa, en primer lugar, un futuro cliente menos, luego un promotor negativo creíble que, de abundar, no será competitivo y acrecentará el riesgo de la permanencia de la empresa en la sociedad.

"Lo que muchas empresas no contemplan es el efecto económico en las actitudes de sus clientes... Lo que cuesta dinero son los servicios de mala calidad. Librarse de los servicios de mala calidad, o mejor aún, prevenir su aparición, es una manera muy efectiva de reducir costos. La mala calidad crea costos tanto para la empresa como para el cliente"¹⁷.

El resultado inevitable es la pérdida de participación en el mercado, falta de competitividad y el resultado negativo en los beneficios.

Si bien es cierto que las actitudes y comportamientos de los empleados son elementos que determinan en gran medida a los clientes satisfechos e insatisfechos, existen otros elementos que intervienen en la calidad en los servicios de salud.

¹⁷ Ibid. Págs. 413, 417

1.4. Elementos que intervienen en la calidad en los servicios de salud

Horovitz (1992), enuncia 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:

- La posibilidad de opción. Por ejemplo, la posibilidad de solicitar un servicio privado o uno público.
- El precio del servicio. La exigencia de calidad tiende a aumentar en relación directa con el precio. Incluye también la asequibilidad del precio.
- 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.
- El primer contacto del cliente con la empresa. El momento de la verdad es un episodio en el cual el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización y tiene una impresión sobre la calidad de su servicio.
- Personal calificado o no calificado que otorga el servicio. Incluye si el trabajo es realizado correcta o incorrectamente.
- Falta de personal.

(Horovitz, 1992; Rosander, 1992; Colunga, 1995).

Si bien los elementos antes mencionados son aplicables a los servicios de salud, O'leary, y O'leary, (1992), enuncian otros elementos que intervienen en la calidad en los servicios de la asistencia a la salud. Dichos elementos constituyen a su vez, "la medida del rendimiento", la cual puede tener diversas magnitudes de calidad. Algunas de las que enuncian estos autores concuerdan con los que mencionan Colunga (1995) y Rosander (1992):

- Accesibilidad de la asistencia: Grado de facilidad con que el cliente obtiene la asistencia que necesita.
- Idoneidad de la asistencia: Grado correcto con que se presta la asistencia de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos. Hace lo que se supone que debe hacer

- **Efectividad de la asistencia:** Grado de aptitud y de impacto que tiene un servicio para satisfacer las necesidades que se le exigen.
- **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
- **Continuidad de la asistencia:** Grado con que la asistencia que precisan los pacientes, está 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.
- **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.
- **Seguridad del entorno:** Grado de ausencia de riesgos o peligros en el ambiente asistencial, así como la apariencia física del lugar.
- **Oportunidad de la asistencia:** Grado de prontitud o diligencia con que se presta la asistencia cuando los pacientes lo solicitan. Incluye el tiempo empleado para prestar el servicio.

O'leary y O'leary señalan que aunque puede ser discutida la importancia relativa de cada uno de éstos aspectos del rendimiento, cada uno de ellos puede ser definido, medido y perfeccionado :

"Teóricamente al menos, las posibilidades de medir el rendimiento son infinitas. Dado el carácter finito del esfuerzo humano y los recursos de la Institución, es necesario establecer prioridades empleando la recogida de datos como un elemento importante para el proceso de valoración y perfeccionamiento de la calidad"¹⁸ .

Todas las influencias que existen sobre la percepción de la calidad en el servicio, hacen que los estudios sobre la satisfacción del cliente, resulten excesivamente complejos. Sin embargo, se consideran *indispensables*, ya que para complicar más el problema, los clientes tienden a callarse su insatisfacción en materia de servicios:

¹⁸ O'leary, D. y O'leary, M. (1992) "De las garantías de calidad al perfeccionamiento de la calidad". The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and Emergency Care (comisión unificadora de acreditación de organizaciones de salud y cuidados de emergencia) Pag. 517.

No todos los clientes descontentos se quejan con la empresa. De cada 100 clientes insatisfechos, sólo 4 expresan su insatisfacción en forma espontánea; es decir, sólo hablará uno de cada 25 clientes con problemas (Horovitz, 1992; Colunga, 1995).

1.5. La evaluación de la calidad en los servicios de salud

Resulta pues indispensable que cada empresa investigue el grado de satisfacción de sus clientes, ya que a través de este procedimiento, se podrá determinar el grado de mejoramiento que la empresa deba alcanzar. Para ello, es necesario determinar los enfoques para la evaluación de la calidad en los servicios de salud.

1.5.1. Enfoques para la evaluación de la calidad en los servicios de salud

Salinas, Laguna y Mendoza (1994), enuncian que para valorar la calidad de la atención médica, se puede emplear un enfoque multidimensional: medir la percepción y opinión del cliente, del trabajador y también del cuerpo directivo, "esto permitirá establecer un Diagnóstico Situacional Operativo, que facilitará la identificación de problemas"¹⁹.

El principal antecedente de esta metodología es el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, documento normativo diseñado por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, que constituye una estrategia establecida y sistematizada²⁰. Esta metodología es apoyada también por Albrecht (1990).

Como enuncian Salinas y cols. (1994), la calidad de la prestación de servicios puede enfocarse a las expectativas de la Institución en términos de oportunidad, costos, morbilidad y ausencia de quejas; las del trabajador serían en términos de satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiados, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel. Los pacientes por su parte esperan cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, información médica y administrativa completa, personal calificado y diagnósticos y tratamientos eficientes.

¹⁹ Salinas, C., Laguna, J. y Mendoza, M. (1994) "La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad en la atención médica" Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Enero-Febrero, Vol. 36, No. 1, Pag. 16.

²⁰ Dirección General de Servicios de Salud. "Programa Integral para Evaluar la Calidad de la Atención Médica". DGSS, 1992: Págs.1-8. En Salinas y Cols. (1994) Ibid.

Aún cuando cada uno de los enfoques es diferente, existe una concordancia entre los tres elementos (institución, trabajadores y pacientes), lo cual permite que puedan ser analizados en forma integral.

Los planteamientos anteriores sobre la multidimensionalidad en la evaluación de la calidad en los servicios de salud, concuerdan con los que enuncian Hulka y Zyzanski (1982):

"Aunque la unidimensionalidad es una de las propiedades deseables en las escalas de actitud, es difícil pensar que un asunto como la actitud del paciente respecto de los médicos y sus servicios de atención, que entraña distintos insumos reflejados en un producto igualmente diverso, esté dentro de un marco unidimensional en la mente humana"²¹.

La satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención de salud y un posible factor determinante de la utilización y la conducta en lo que respecta a cumplimiento del tratamiento prescrito.

1.6. Estudios sobre la calidad en los servicios de salud en el IMSS

Después de haber revisado los enfoques para evaluar la calidad en los servicios, enseguida se mencionarán dos estudios desde una perspectiva unidimensional: la evaluación de la satisfacción del derechohabiente del IMSS. Ambos estudios representan un antecedente de lo que constituye el presente Programa de Capacitación para elevar la Calidad en los Servicio a la salud en el IMSS.

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 a esta Delegación.

La Delegación 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

²¹ Hulka, B. y Zyzanski, S. (1982) "Validación de una escala de satisfacción de los pacientes: teoría, métodos y práctica" Medical Care, Junio, 20(6). Pág. 829..

(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 encuestados 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. Como puede observarse, éstos hallazgos concuerdan con los resultados de la encuesta que realizó "Gallup" antes citada, en el sentido de que los clientes no tienen dificultad para identificar las características de no calidad en las personas que prestan los servicios.

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 consulta médica y en los Hospitales de especialidades fueron: consulta médica y enfermería.

El segundo estudio fue desarrollado por el Grupo Consultor "Müller" (1993), se tituló "Índice de Satisfacción del Derechohabiente. Calidad de servicio".

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 Cuemavaca, No. 20. Se empleó el instrumento denominado Medida de Satisfacción del Derechohabiente (Anexo 1), el cual pretende evaluar 15 servicios que se otorgan en las Unidades de Primer Nivel de Atención, a partir de cuatro categorías: Muy Abajo de lo Esperado, Abajo de lo Esperado, Cumple con lo Esperado y Arriba de lo Esperado.

Este instrumento considera, además los 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 abajo de lo esperado: reservación telefónica y archivo clínico; y los servicios que requieren de atención prioritaria (oportunidades de mejorar): consulta médica, urgencias y curaciones.

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

En dicho Plan, las acciones están enfocadas a los usuarios, a los servicios, al personal de contacto y al cuerpo directivo. También señala que los niveles de participación de los recursos humanos, son de tipo descendente:

Centro Delegacionales

Centros Delegaciones

Cuerpos Directivos en U.M.F

Jefes de Servicio en U.M.F.

Equipos de Mejora en los Servicios

Cabe mencionar que en este Plan de Cambio, los compromisos asumidos por los responsables de las acciones en la Unidad Médica (los directivos y operativos), se establecen con fechas de inicio y de término; lo cual permite la participación de todo el personal de la organización en la ejecución de dicho pla.

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.

Ahora bien, es menester señalar que los dos estudios enunciados anteriormente, no pueden considerarse como meros aspectos aislados. Es necesario ubicarlos en el contexto de la Seguridad Social en México. Por ello, a continuación se hará una revisión de los antecedentes históricos, de la respuesta Institucional a la Seguridad Social así como de las debilidades y fortalezas del I.M.S.S.

No se pretende hacer una revisión exhaustiva, sino descriptiva de ello, ya que el tema de la Seguridad Social en México es un asunto amplio y complejo, debido a la amplia gama de factores históricos, políticos, económicos y sociales que influyen en ella; desde sus inicios hasta sus recientes reformas.

1.7. La Seguridad Social en México

Se puede considerar al Instituto Mexicano del Seguro Social como la principal Institución encargada de garantizar las prestaciones en especie y en dinero de los trabajadores. Una actividad que entraña diversas estructuras y procesos reflejados en un producto igual de diverso; a continuación se verán sus antecedentes históricos.

1.7.1. Antecedentes históricos

Posterior al triunfo del movimiento revolucionario en México, el 5 de Febrero de 1917, las autoridades de las capitales de la República dan a conocer la promulgación de la Carta Magna que reformaba a la vigente desde el año de 1857. La nueva Constitución marcó simbólicamente el final de la lucha armada y consagró un conjunto de demandas sociales que hasta entonces habían sido moderadamente satisfechas (Ruiz, 1992).

Además de reconocer la representatividad y fuerza de la clase obrera en el México que surgía de la Revolución, se abrieron las puertas para legislar primero a nivel local y luego Federal, en favor de los trabajadores. Se crearon las bases para implantar en 1943 el régimen del Seguro Social.

Los primeros intentos no resultaron del todo claros y fructíferos, ya que en México no existía antecedente legal que configurara la estructura de un organismo rector de la seguridad social. Además de ello, había una 'campaña de desprestigio' que algunos industriales, comerciantes, representantes de empresas bancarias y de seguros, cooperativistas y ciertas organizaciones obreras, comenzaron a articular contra el IMSS desde el 4 de septiembre de 1942, cuando las cámaras de comercio de algunos estados propusieron una colecta de fondos para impedir que la Ley del Seguro Social, cuyo anteproyecto aún no había sido concluido, llegara a tener vigencia en todo el país (IMSS, 1980).

Fue durante el gobierno de Manuel Avila Camacho, con la publicación del Diario Oficial de la Federación del 19 de Enero de 1943, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social inició la afiliación de patrones y trabajadores en el Distrito Federal. Un año más tarde, el 10 de enero de 1944, el Instituto comenzó a prestar los servicios que señalaba la Ley.

El discurso político del entonces Presidente Avila Camacho, por el Estado de Veracruz en 1944, declaraba : "La aplicación del Seguro Social no se detendrá por ninguna circunstancia... Primeramente se está aplicando con buen éxito en el D.F. y lentamente, pero de manera firme, se irá extendiendo a todo el país"²².

De esta manera, el I.M.S.S. inició la impartición de las prestaciones denominadas "clásicas", que beneficiarían exclusivamente a la clase trabajadora y de ninguna manera a la población abierta, porque eran en primer lugar, las que daban sentido a su existencia. A partir de la década de los años 50's, permitió que dicho régimen comenzara a hacerse extenso a sectores más amplios de la población, hasta integrarse sin necesidad de grandes reajustes, desde las postrimetrías de 1988 al Programa Nacional de Solidaridad (Ruiz, 1992).

1.7.2. Dispersión de la respuesta Institucional de la Seguridad Social

Pero la Seguridad Social en México no se manifiesta sólo por medio del I.M.S.S.: si bien, es verdad que éste representa el primer impulso, a su lado y con propósitos semejantes están la Secretaría de Salud, el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, el de Petróleos Mexicanos y otras Instituciones que llevan a cabo trabajos semejantes.

²² Novedades, 23 Octubre 1944 "Se extenderá a todo el país el Seguro Social" Pág. 1. En: Instituto Mexicano del Seguro Social (1980) Historia del IMSS. Los primeros años 1943-1944. México.

Ello obedeció a que si bien en un principio, la tarea y el sector a atender por la Seguridad Social eran pequeños en ese momento (1943), posteriormente crecerían.

"La 'nueva' tarea estatal se concibió más que como la respuesta a necesidades específicas y masivas o demandas sociales determinadas, como una responsabilidad o atributo que *asemejaría* al Estado y Gobierno nacionales a *otros* a los que se debía 'alcanzar'. La nueva Institución sería única porque al paso del tiempo, la mayoría de la población a atender se encontraría en condiciones de trabajo y de vida homogéneas: asalariada y viviendo en las ciudades al servicio del gobierno, la industria y los servicios"²³

"Esta noción *ordenadora racional*, se fue trastocando al paso de los años por razones diversas. En la década de los 40's y 50's, compromisos clientelísticos y afanes de control para conservar la estabilidad del sistema político, llevaron a que se consolidaran y surgieran otras entidades con funciones similares a las del IMSS o ISSSTE: ISSFAM, SEDEMAR, servicios exclusivos a petroleos, electricistas y ferrocarrileros. El proyectado sistema único de Seguridad Social no cristalizó y sobrevino la *dispersión*".²⁴

Al inicio de la década de los años ochenta, la fragmentación del sistema estatal subsistía pese a todo. De los 29 805 000 derechohabientes de 1980, el IMSS cubría al 79.5%, el ISSSTE al 16.7%, PEMEX al 2.2%, SEDENA al 1.1% y SEDEMAR al 0.5%.

Moreno Zalazar y Cols. (1991) estiman que en 1989 la cobertura del IMSS se situó en el 80.2%, el ISSSTE al 16.4%, PEMEX al 2.3% y SEDENA y SEDEMAR al 0.7% y 0.4 respectivamente; lo que indicaría una estabilización del estado de cobertura Institucional, que vuelve más difícil pasar a mejores grados de integración en la Seguridad Social.

1.6.3. Debilidades y Fortalezas del I.M.S.S.

La anterior dispersión de la respuesta Institucional de la Seguridad Social acarreó algunas ineficiencias y costos. Y es que garantizar la Seguridad Social de más del 80% de la población asegurada (y sus beneficiarios), no es una tarea fácil. Enseguida se revisarán las debilidades y fortalezas del IMSS.

²³ Moreno Zalazar Pedro y Cols. (1991) "Factibilidad y viabilidad financiera y administrativa de la Seguridad Social en México: el caso del IMSS". En: "La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud". Fundación Friedrich Ebert, Documentos de Trabajo. No. 27, México. Pág 60.

²⁴ Ibid. Pág. 61.

El 28 de Marzo de 1995, el Director General del I.M.S.S, dió a conocer el "Diagnóstico del IMSS", un documento de 151 páginas que refleja la compleja patología que mina la salud del Instituto.

Respecto a este Diagnóstico, Danell (1995) señala: "La Seguridad Social en México agoniza, envejeció prematuramente; debido a la falta de control, desorganización y deficiencia del Instituto. En los dos últimos años, se le practicaron las cirugías más sofisticadas y se le hicieron transfusiones económicas desesperadas; los esfuerzos fracasaron... Hoy el sistema de Seguridad Social se encuentra ante la encrucijada de continuar siendo el patrimonio de los trabajadores y brindarles un buen servicio"²⁵.

En lo que se refiere al Primer Nivel de Atención, para el paciente del Seguro Social, está prohibido enfermarse de madrugada o en sábados o domingos; las reglas son claras: en Medicina Familiar sólo se puede recibir consulta en el turno correspondiente de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes. Además, el eje del funcionamiento de la Unidad es el médico familiar, quien está responsabilizado para cuidar a una población de 2,400 derechohabientes (un médico para 2,400 pacientes).

El Diagnóstico señala que en este nivel: "Los problemas detectados incluyen largas esperas para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la Unidad, falta de motivación del personal, despersonalización de la relación médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades"²⁶.

Por otra parte, en Medicina Familiar no se llegan a resolver el 85% de los padecimientos como debería ser, sino una cifra estimada en derredor de 70%; el 30% restante se envía al Segundo Nivel saturando los Hospitales Generales e incrementando los costos de la atención médica.

Moreno y Cruz (1995), retomando el Diagnóstico, señalan un dato importante: el 22% del personal del IMSS, lo constituyen los administrativos, el 13.3% servicios básicos (intendencia y conservación), el 10.1% los médicos y el 19.5% enfermería.

Si además de lo anterior se le suma la influencia del Sindicato (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social) en la vida del Instituto, el tema de la Seguridad Social resulta mucho más complejo. Por citar sólo un dato: el Contrato Colectivo de Trabajo 1993-1995, señala 45 derechos de los trabajadores por tan sólo 18 obligaciones de éstos.

²⁵ Danell, J. (1995) "El IMSS, un enfermo que agoniza". En: Revista Epoca "El IMSS en quiebra" 3 de Abril No. 200 México. Pág.8.

²⁶ Moreno, M. y Cruz, N. (1995) "De cómo el Seguro Social llegó al caos" En: época "El IMSS en quiebra" Op. Cit. pag.10

Algunos derechos de los trabajadores contenidos en dicho Contrato son: estímulos por puntualidad y asistencia, obtener becas, permisos económicos hasta por tres días con goce de sueldo, licencia sin goce de sueldo, préstamos para adquisición de automóviles, etc..

Por el lado de las obligaciones, se puede resumir en una sola: *Desempeñar con eficiencia el desarrollo de sus labores*, con el cuidado, la precaución y el sentido de *responsabilidad* necesarios para llevar a cabo las labores que se les han asignado en función de sus categorías.

Colunga (1995), ya ha señalado la influencia de los sindicatos en las organizaciones: "Los sistemas de incrementos salariales y los sistemas de ascensos basados en las negociaciones colectivas y aplicados generalmente en las empresas mexicanas de servicios a los empleados sindicalizados, han creado una cultura laboral mexicana de servicios al líder sindical y no al cliente que paga"²⁷ .

Por otra parte, el periodista Francisco Martínez de la Vega, alguna vez dijo que si un sindicato no asustaba, no planteaba problemas a los patrones, podía ser una sociedad de auxilios mutuos, pero no un instrumento de la clase obrera.

De ésta manera, la influencia del sindicato en la organización *puede* contribuir a su desarrollo si se invita a los líderes sindicales para alcanzar la calidad en los servicios y resaltar los beneficios para los empleados y para la empresa, lo cual constituye un mecanismo coyuntural importante.

Por otro lado, es necesario mencionar las fortalezas que tiene este importante instrumento de redistribución del ingreso en México: El IMSS, ello es señalado en el discurso oficial.

Dentro de las fortalezas del Instituto, se puede señalar que la cobertura actual del IMSS asciende a 35 millones de mexicanos. Todos los días asisten al Instituto para recibir una atención médica 700 mil mexicanos. Diariamente se llevan a cabo 365 mil consultas, 15 mil operaciones, 25 mil 670 estudios de radiodiagnóstico, 5 mil 322 egresos hospitalarios, 3 mil 452 intervenciones quirúrgicas; se cubren más de 1 millón 500 mil pensiones mensuales, sus guarderías reciben cerca de 64 mil niños. En promedio nacen 86 niños cada hora, es decir, uno de cada tres mexicanos nace en el IMSS. Para todo ello, existen 1,700 Unidades de Servicio, 227 Hospitales y 40 Hospitales de especialidad (IMSS, 1996).

"El Diagnóstico también dice que las fortalezas que tiene el servicio médico del IMSS, se reflejan en que a un trabajador de salario mínimo, se le atiende de cualquier padecimiento que tenga. Puede ser objeto

²⁷ Colunga, C: (1995) Op. Cit. pp. 91-92

de un transplantante de riñón, ser atendido con la más alta tecnología médica, independientemente de donde viva".²⁸

Un avance muy importante en el IMSS, fue el que se dio en su estructura organizacional (y en su administración). En enero de 1995, el H. Consejo Técnico del Instituto, aprobó la creación de siete Direcciones Regionales que constituyen la base de la nueva estructura desconcentrada del Instituto.

Anteriormente toda la dirección del IMSS se encontraba centralizada en un solo lugar; el edificio central de AV. Reforma; ahora se tiene una nueva estructura. "Lo que se pretende es otorgar autoridad directa sobre las Delegaciones de su ámbito de influencia (autonomía de gestión), para optimizar las funciones operativas y de apoyo, así como elevar la calidad en los servicios de salud"²⁹. Las siete Direcciones Regionales en las cuales se abarcan los estados de la República Mexicana, son: La Raza (a la que pertenece la Delegación 2 Noreste), Siglo XXI, Norte, Occidente, Noroeste, Sur y Oriente.

Por otra parte, la presentación del Diagnóstico del IMSS en 1995, constituyó una justificación para proponer una reforma a la Ley del Seguro Social. Con propuestas de los sectores obrero y empresarial el Presidente de la República envió al H. Congreso de la Unión, la Iniciativa de la Nueva Ley del Seguro Social para su aprobación el 9 de Noviembre de 1995.

La necesidad de reformar el Instituto era inmediata; en la exposición de la Iniciativa de la Nueva Ley del Seguro Social, ante legisladores (diputados de las comisiones de Trabajo y de Seguridad Social), el discurso político fue claro:

"La transformación del Instituto debe realizarse, no por un mero afán de cambio, sino por la más evidente necesidad de sobrevivencia y de recuperación de su salud financiera y organizativa proyectada hacia el futuro. De no aprobarse o postergarse su análisis (de la Iniciativa de Ley), ello implicaría, a corto plazo, una crisis irreversible de alto costo social".³⁰

De esta manera el 8 de Diciembre de 1995 (un mes después de enviada la Iniciativa de Ley), fue aprobada en la Cámara de Diputados por consenso de la "mayoría" (priista, por cierto)³¹. La nueva Ley entró en vigor a partir del 1o. de Julio de 1997.

²⁸ Zabludovsky, A. (1995) "Es necesaria la reforma del IMSS: Borrego". En: Revista Epoca. "El IMSS en quiebra". Op. Cit. pp.16-17.

²⁹ "El IMSS se reestructura". En: Cuestión Social. Revista Mexicana de Seguridad Social. No. 35. 1995. México p. 14.

³⁰ "Los cambios del IMSS inpostergables, asegura GBE, ante diputados". En: Parte de tl. Organó de comunicación para los trabajadores del IMSS. Año 34. No. 24. Noviembre 1995. México. Pags. 2-3.

³¹ Gallegos, E. y Romero, Y. "Reencuentro priista; pírrica victoria: PRD". En: Periódico La Jornada "La reforma del IMSS aprobada". Año 12, No. 4042. Viernes 8 de Diciembre 1995. (Victoria pírrica: lo que se logra con muchos sacrificios; éxito obtenido con excesivas pérdidas).

De las Reformas a la Ley del Seguro Social, se encuentran las siguientes:

- El Estado ampliará su participación corresponsable en la Seguridad Social; como aportar adicionalmente a la Cuenta Individual para el Retiro de cada trabajador, un peso cada día.
- La creación de un nuevo sistema de pensiones con cuentas individuales que serían manejadas por Administradoras de Fondos de Retiro (AFORES).
- La creación de un nuevo Seguro de Salud para la Familia, que incluye a los millones de trabajadores por cuenta propia y de la economía informal. Con ello, se amplía la cobertura Institucional a otros sectores de la población.
- Habrá incentivos para invertir en la protección del trabajador dentro de las empresas; cada empresa podrá reducir sus cuotas al IMSS, mediante acciones eficaces en la prevención de riesgos laborales.

Con lo anterior se pretende garantizar la autosuficiencia de cada seguro, la participación gubernamental en la Seguridad Social y eliminar el déficit financiero que permita lograr la estabilidad y permanencia dentro de la sociedad.

No es de esperarse que los resultados de éstas medidas se reflejen a corto plazo en la calidad en los servicios de salud, ya que la problemática del IMSS antes citada, no es de tiempo reciente.

Si bien los aspectos antes citados sobre la nueva Ley del Seguro Social constituyen un buen prospecto, ello permanece en un nivel "macro" es decir, habrá que esperar las consecuencias de dichas reformas en la calidad de los servicios. En la operación, el nivel "micro", es donde se vive y se refleja la satisfacción de los derechohabientes que hacen uso de los servicios. Y es aquí precisamente donde se requieren implantar acciones inmediatas.

Por ello, es conveniente implantar Programas específicos que permitan incrementar la calidad en los servicios, sobre todo en las Unidades de Medicina Familiar, ya que éstas son "la puerta de entrada al resto del sistema" y el punto más vulnerable del Instituto.

La capacitación en el trabajo constituye un elemento importante en las organizaciones que puede contribuir a responder a las necesidades tanto de los usuarios de los servicios, como de los trabajadores que los otorgan en las Unidades Médicas; ya que los planteamientos teóricos y metodológicos de la capacitación se centran en las personas que conforman la organización. Por ello es necesario proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes del trabajador que permitan su desarrollo individual y contribuir a cumplir los objetivos de la organización. De ello tratará el siguiente capítulo.

CAPITULO 2: LA CAPACITACION EN LAS ORGANIZACIONES

En la sociedad actual, la capacitación en las organizaciones es concebida como una forma extraescolar de aprendizaje necesaria para el desarrollo de la economía nacional. "Esta (la capacitación) precisa de formar cuadros calificados suficientes para responder a los requerimientos del avance tecnológico y de los cambios organizacionales, que garanticen al capacitando y a la organización, los resultados de los programas y en consecuencia, elevar la productividad"¹.

La capacitación es una de de las principales herramientas con que cuentan las empresas u organizaciones para enfrentar los retos actuales y futuros, por ello es importante comprender los principios y técnicas requeridos para implementar un programa de capacitación efectivo.

Enseguida se hará una revisión de los fundamentos teóricos de la capacitación en las organizaciones, su definición, las teorías del aprendizaje y sus principios , las teorías administrativas y psicológicas en las organizaciones y el marco legal de la capacitación en el IMSS.

2.1. Definiciones

Existe un alto grado de confusión respecto al significado preciso que debe darse al concepto de capacitación, así como a otros términos asociados al mismo. El hecho de que sean utilizados con connotaciones distintas por instituciones especializadas y estudiosos de la materia, representa una limitante muy seria.

Si bien definir el concepto de capacitación implica dificultades, involucrar otros vocablos como educación, desarrollo, entrenamiento, o actualización complica necesariamente las cosas.

Si el marco jurídico de la formación profesional de los trabajadores (Art. 123-A de la Constitución Mexicana y la Ley Federal del Trabajo), tiene un carácter nacional y precisa sus finalidades así como su funcionamiento, sería de esperarse que partieran de la definición de los términos que norma: capacitación y adiestramiento. Sin embargo, no presenta una diferencia entre los dos términos mencionados, ni los define en parte alguna.

¹ Calderón, H. (1990) "Manual para la administración del proceso de capacitación del personal" Editorial Limusa-Noriega. México. p.13.

Ahora bien, la capacitación suele definirse como: "El proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a dotar a una persona de conocimientos, desarrollar habilidades y adecuarle actitudes indispensables para realizar eficientemente la actividad de un área de trabajo o un puesto diferente al suyo"².

Al adiestramiento como el proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a dotar a una persona de conocimientos, desarrollar habilidades y adecuarle actitudes indispensables para realizar eficientemente las responsabilidades de su puesto y cumplir sus objetivos, según Gamboa (1979).

Como se observa y analizando en detalle la definición anterior, la cual pretende ser representativa de lo habitualmente manejado; no existe una adecuada precisión de dichos términos que haga objetiva su distinción.

En lo que algunos autores coinciden en distinguir respecto a esos dos conceptos, se refiere a que la capacitación es dirigida exclusivamente a ejecutivos, superiores o para puestos en ascenso y el adiestramiento es dirigido sólo a empleados u obreros (Taxiomara, 1975; y Cavazos, 1978).

Es de esperarse que estas distinciones, asociadas a determinados niveles jerárquicos, han caído en desuso, especialmente a raíz de la tendencia a humanizar cada vez más los objetivos de los puestos de trabajo.

La U.C.E.C.A. (1979), define la capacitación como el: "Proceso mediante el cual, se llevan a cabo una serie sistematizada de actividades dirigidas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y mejorar actitudes en los trabajadores, con el propósito de conjugar por una parte la realización individual que se refleja en ascensos dentro de la organización y por otra, con la consecución de los objetivos de la empresa"³.

El adiestramiento se puede definir como:

"Acción destinada a desarrollar las habilidades y destrezas del trabajador con el propósito de incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo"^{4,5} (Calderón, 1990; IMSS,1990).

² Gamboa, G. (1979) "la planificación y la programación de la capacitación y el adiestramiento" Pedagogía para el adiestramiento, Vol. IX No. 36 Julio-Sep. 39-49. En: Valencia J. (1982) "Evaluación de la capacitación" INET, STPS, México. Pag. 19.

³ U.C.E.C.A. (1979) "Guía técnica para la formulación de planes y programas de capacitación y adiestramiento en las empresas" Serie Técnica No. 2. Editorial Popular de los trabajadores. México.

⁴ Calderón, H. (1990) Op. Cit. Pag. 127.

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social (1990) "Reglamento de capacitación y adiestramiento", Coordinación General de Comunicación Social. IMSS-SNTSS. Pag. 5.

Estas dos definiciones permiten discriminar con mayor precisión tales conceptos. Aunque en ambas definiciones se menciona el "desarrollo de habilidades", éstas tienen una connotación distinta: mientras que la capacitación implica el desarrollo de habilidades, éstas son de carácter conductual, como la habilidad para resolver un problema; en tanto que en el adiestramiento, dichas habilidades son de carácter físico o manual como el manejo u operación de instrumentos, máquinas, materiales o equipos de trabajo.

Es menester señalar que si bien el adiestramiento implica proporcionar conocimientos, inclusive mejorar actitudes respecto a la introducción de nueva tecnología, por ejemplo; el aspecto más importante en el adiestramiento es la destreza o habilidad sensoriomotriz necesaria para el manejo de esa tecnología.

De esta manera, para los fines del presente trabajo y retomando la definición de capacitación propuesta por la U.C.E.C.A., se puede definir la capacitación como:

Proceso sistematizado de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes del trabajador que permitan su desarrollo individual y cumpla con los objetivos de la organización.

Respecto de los otros conceptos asociados a la capacitación, se puede señalar lo siguiente: "La educación es toda influencia que el ser humano recibe del ambiente social, durante toda su existencia, la cual puede ser institucionalizada y ejercida de modo organizado y sistemático"⁶ (Chiavenato, 1993); de ésta manera, la capacitación constituye un tipo de educación.

En relación al término entrenamiento, éste se llega a considerar como un sinónimo de capacitación (Werther, 1992 y Arias, 1996). La actualización puede impartirse a través de la capacitación y /o el adiestramiento. El desarrollo es considerado dentro de la definición de capacitación propuesta para este trabajo, la cual denota la expansión de las capacidades plenas del individuo para aplicar conocimientos, habilidades y experiencias en la resolución de situaciones nuevas y distintas (Craig y Bittel, 1989). Cabría señalar que el desarrollo se ha llegado a considerar como exclusivo para directivos y la capacitación sólo para empleados (Taxiomara, 1975; y Siliceo, 1993), no obstante, tales tintes clasistas de las jerarquías organizacionales, han cambiado como resultado de la tendencia humanista a partir del desarrollo de la Psicología Organizacional y del Desarrollo Organizacional, los cuales se describirán más adelante en éste capítulo.

⁶ Chiavenato, Y. (1993) "administración de recursos humanos" Editorial Macgraw-Hill. México. Págs. 456-457.

A continuación se enunciarán las teorías del aprendizaje que ha aportado la Psicología a la educación, y que pueden ser aplicadas en las personas que conforman la organización a través de la capacitación.

2.2. Teorías del aprendizaje en la capacitación

"El aprendizaje se refiere al cambio en la conducta o en el potencial de conducta de un sujeto en una situación dada"⁷ (Bower y Hilgard,1992). De las teorías contemporáneas del aprendizaje que ha aportado la Psicología, sobresalen las teorías conductistas y las teorías cognoscitivas. Las divergencias entre éstas teorías del aprendizaje, se dan en cuestiones de interpretación.

2.2.1. Teorías conductistas

El paradigma conductista se caracteriza por pretender hacer de la Psicología una ciencia rigurosa a costa de reducir en el mapa su territorio: reduce el objeto de la Psicología, desplazando los procesos mentales y se centra en la conducta, entendida como las respuestas a reacciones ante los estímulos ambientales.

La consecuencia de ello es la posibilidad de cambios o modificación de conducta que se estudia a través del proceso de aprendizaje, el cual tiende a ser mecanicista, asociativo y en el cual se confiere importancia al arreglo ambiental o manipulación exterior (Hernández,1991)

Hernández (1991) enuncia las aportaciones que han hecho los teóricos conductistas y sus continuadores :

- El conexionismo de Thorndike (1911) quien afirmaba que el aprendizaje es un proceso gradual de ensayo y error y formó la Ley del Efecto.
- El condicionamiento clásico de Pavlov (1927) constituye el aprendizaje asociativo básico, es aprendizaje porque los organismos son capaces de adquirir nuevas respuestas, y asociativo, porque se trata de respuestas suscitadas ante determinados estímulos que, en situaciones anteriores, resultaban neutros; pero que adquieren el estatus de suscitadores por estar asociados a otros que sí lo son.

⁷ Bower, G. y Hilgard, E. (1992) "Teorías del aprendizaje" Editorial Trillas. México. Pag. 23.

- El conductismo de Watson (1913). Las teorías contiguas -E-R- son las primeras formulaciones del conductismo, pero ambas están inspiradas en el condicionamiento clásico de Pavlov y las ideas conexionistas de Thorndike.
- El condicionamiento operante de Skinner (1938), ha sido el más interesado en desarrollar las técnicas de cambio de conducta y en aplicarlas de forma operativa y social; para ello, se dedicó a estudiar y manipular los refuerzos en situaciones de aprendizaje.
- La teoría sistemática de la conducta de Hull (1945), de tipo hipotético-deductivo. Su concepto central es el hábito -conducta aprendida- y deriva la conducta compleja de las formas más elementales del aprendizaje.
- Los componentes cognoscitivos del condicionamiento de Tolman (1951): el aprendizaje no tiene lugar por el reforzamiento sino por significación: lo cual admite procesos como la esperanza y el miedo.
- La teoría de la retroalimentación afectiva de Mowrer (1956), quien asumió un enfoque de condicionamiento clásico con una interpretación cognoscitiva.
- Los mecanismos y tipos de refuerzos en la imitación de Bandura: sistemas de mediación imaginativa y verbal. Entre otros.

2.2.2. Teorías cognoscitivas

Este paradigma se caracteriza por destacar los aspectos cognoscitivos de la conducta, procesos internos y relacionados con la información, con lo cual se le 'devuelve' a la ciencia psicológica una realidad esencial a su objeto de estudio.

Desde una perspectiva teórica, el cognoscitivismo emerge con la influencia de las opiniones de Tolman y Guthrie, cuyos constructos son efectivamente cognoscitivos y eso es lo que confiere significado psicológico a los estímulos y a las respuestas (Hernández, 1991).

Una conducta sin cognición o intencionalidad, no es conducta: es reacción física, química o fisiológica, pero no psicológica.

Resulta confuso hablar del 'paradigma cognoscitivo', debido a la cantidad de 'subparadigmas' existentes (Hernández, 1991. De Vega, 1990). A continuación se enuncian brevemente algunos autores y 'subparadigmas':

– El cognoscitivismo tradicional representado por la Gestalt; en esta vertiente, la percepción es el tema central de los estudios. El proceso cognoscitivo (proceso subjetivo de organización) está regulado por ciertas leyes perceptuales que afectan a la experiencia y presuponen estructuras cognoscitivas heredadas.

– La Gestalt considera, en contra del asociacionismo, que la resolución de problemas no se limita a un empleo más o menos mecánico de la experiencia pasada (pensamiento reproductivo), sino que supone la génesis de algo nuevo no mimético -no reproducido- de la información mnémico (pensamiento productivo). Ese 'algo nuevo' es una gestalten o configuración perceptiva, alcanzada bruscamente o por insights -aprendizaje súbito-.

-- El cognoscitivismo epistemogenético o psicogenético de Piaget (1952), se caracteriza por explicar que el sujeto, con sus estructuras organizativas y funciones adaptativas, al interactuar con el medio construye su conocimiento o 'edificio mental' (postulado constructivista). La adaptación se realiza a través de un doble proceso: la asimilación y la acomodación; el continuo equilibrio de estos da lugar a la evolución biológica, es decir, a la transformación de las estructuras. Piaget señala que el desarrollo cognoscitivo del niño se articula en tres estadios principales: 1. Sensoriomotor, 2. Preoperacional y Operaciones Concretas y 3. Operaciones Formales.

– La obra de Chomsky (1957) constituyó un hito en el campo de la lingüística y un revulsivo en el estudio psicológico del lenguaje. La psicolingüística de Chomsky introduce conceptos clave como la diferencia entre competencia y actuación y entre estructuras profundas y superficiales, además valora la necesidad de explicar el lenguaje productivo a través de un mecanismo generador que pueda suplir las insuficiencias conductistas.

– El paradigma cognitivo o de procesamiento de información, tiene manifestación con los trabajos de Miller y sus colaboradores (1960) quienes elaboraron ampliamente la analogía mente-ordenador. Anteriormente Shannon (1948) había formulado la teoría de la comunicación, la cual establecía una serie de leyes matemáticas para explicar el flujo de la información a través de un canal, éste es un dispositivo que recibe una entrada -input- de información externa y genera una salida -output-. Resultó sugestivo extender la analogía del canal a la descripción de la mente humana.

2.2.3. Principios del aprendizaje

Las aportaciones del conductismo y del cognoscitvismo son fundamentales para la capacitación; constituyen las guías de los procesos por los que las personas aprenden de manera más efectiva, entre los principios del aprendizaje se encuentran:

- Principio de la predisposición para aprender: El deseo de aprender es un motivo intrínseco cuyo origen y recompensa derivan de su ejercicio.
- Principio de la planificación: Planificar la enseñanza especificando previamente los objetivos comportamentales que pueden ser evaluados adecuadamente, así como considerar el marco referencial de los individuos (nivel de conocimientos previos).
- Principio de graduabilidad: Hay que trabajar desde las unidades más sencillas y elementales y dominarlas para llegar a otros conocimientos y habilidades más complejos; es decir, establecer la secuencia más eficiente para presentar los contenidos que se deben aprender.
- Principio de actividad: El sujeto tiene que emitir respuestas continuamente (participar), se permite todo el tiempo posible la emisión de respuestas hasta lograr el dominio necesario (o aprendizaje).
- Principio del desequilibrio cognoscitivo: Si se plantean preguntas creando desequilibrios (o conflictos) cognoscitivos, éste lleva igualmente a la acción o construcción de esquemas como consecuencia de búsqueda adaptativa, para ello el individuo pondrá en marcha asimilaciones y acomodaciones.
- Principio de control de estímulos: Evitar estímulos distractores o competidores.
- Principio de control de refuerzos: Proporciona retroalimentación a las respuestas dadas y se valora la necesidad de proporcionar elogios adecuadamente distribuidos en el proceso de logro de los objetivos (función motivacional).
- Principio de evaluación sistemática: Aunado al anterior, la retroalimentación también desempeña un papel orientativo, ya que permite saber si el individuo cubre o no con los objetivos señalados.

- **Principio de repetición:** Es posible que la repetición deje trazos más o menos permanentes en la memoria. El olvido se reduce significativamente intentando recordar frecuentemente el material aprendido.
- **Principio de lo primero y lo reciente:** Los individuos tienden a recordar lo que oyeron al principio o al final, lo que escucharon en la parte central lo olvidan con frecuencia, por ello hay que hacer hincapié en los datos que están a la mitad.
- **Principio del material significativo:** Si el material que se va a estudiar tiene sentido e importancia para el individuo, promueve la seguridad (de lo conocido a lo desconocido) y la motivación (información que será útil en un futuro cercano).
- **Principio de transferencia del aprendizaje:** A mayor concordancia entre lo que se ha aprendido y lo que ocurre en el lugar de trabajo, mayor será la velocidad en el proceso de transferir su aprendizaje al trabajo cotidiano.
- **Principio multisensorial:** Para lograr la máxima asimilación de los individuos se deben emplear dos o más sentidos: la vista proporciona la mayor parte de la información (80%), el oído en segundo lugar (11%) y los otros sentidos en menor grado (9%).
(Smith y Delahaye, 1995; Werther y Davis, 1992; Hernández, 1991).

2.3. Teorías administrativas y psicológicas en las organizaciones

Una vez revisadas las teorías y principios del aprendizaje que ha aportado la Psicología y que se pueden aplicar a la capacitación en las organizaciones, a continuación se mencionarán las teorías que han aportado la Administración y la Psicología y que explican, de manera distinta, la función de las personas y de la capacitación en las organizaciones.

2.3.1. Teoría Clásica

Tres escuelas favorecieron la formación de esta teoría: la Administración científica, la Administración operacional y la escuela burocrática.

2.3.1.1. Escuela de la Administración Científica

La escuela de la administración científica fue desarrollada por el ingeniero estadounidense Frederik Taylor, quien centró su atención en aumentar la producción mediante el análisis de tareas y funciones que permitieran reducir el tiempo estándar para la ejecución de las operaciones (estudios de tiempos y movimientos en el lugar de trabajo).

Empleando el '*método científico*' como base para diseñar los métodos de trabajo, se fijaron estándares de producción (cuánto debe producir cada trabajador), de igual modo se ofrecían incentivos financieros para lograr una mayor productividad, considerando que sólo el dinero motiva (Dunnette y Kirchner, 1994).

Una premisa de la administración científica, fue que los empleados eran elementos esencialmente idénticos en el proceso de producción para ser estudiados y manipulados, como un "apéndice de la máquina".

Pinto (1994), menciona que en esta escuela la capacitación del personal estuvo encaminada hacia la especialización del trabajador, a través de la simplificación de tareas que requieren de poca experiencia del ejecutor y escaso conocimiento previo.

2.3.1.2. Escuela de la Administración Operacional

Esta escuela fue enunciada por el ingeniero francés Henry Fayol, cuya atención se centró en: los principios generales de la administración, sus elementos (planeación, organización, coordinación y control), las cualidades del administrador (físicas, mentales, morales y educativas) y la capacitación.

Sverdick y colaboradores (1992), categorizan los 14 principios generales de la administración en tres aspectos: 1 enfatiza la eficiencia de la producción, 5 tratan de mejorar las "relaciones humanas" y los otros 8 están dirigidos hacia la organización de la administración, como se observa:

- a) Eficiencia de la producción: División o especialización del trabajo.
- b) Principios de las relaciones humanas: Subordinación de los intereses individuales al interés general, equidad, estabilidad de la fuerza laboral, iniciativa y espíritu de grupo.

c) Administración: Autoridad, disciplina, unidad de mando y de dirección, grado de centralización de las decisiones, jerarquía de autoridad (estructura piramidal), remuneración y orden.

*Fayol reconoció la necesidad de capacitar a los administradores y desarrollar habilidades y destrezas que permitan al trabajador funcionar eficientemente. La habilidad más importante para el trabajador es la de carácter técnico y a medida que asciende en la pirámide organizacional, adquieren más importancia relativa las habilidades administrativas⁸ (Koontz y O'donnell, 1987)

2.3.1.3. Escuela Burocrática

También llamada escuela estructuralista fue enunciada, entre otros, por el alemán Max Weber quien consideraba que la burocracia es la Institución social que debe coordinar las actividades de la organización con base en la planeación, delimitación de responsabilidades y jerarquía de la autoridad de manera 'racional'.

Como enuncian Hernández y Ballesteros (1988), los tres principales conceptos de Weber son:

- Concepto de burocracia: racionalización de la actividad colectiva. Una organización racionalmente estructurada implica orientación a metas.
- Concepto de clasificación de poder: como el modo de influencia de unos sobre otros, los clasificó en tres tipos: legal, tradicional y carismático.
- Modelo ideal de burocracia: división y especialización del trabajo, jerarquía de autoridad, reglas o políticas, administrador imparcial (hombre organizacional), seguridad y ascensos jerárquicos y evitar la corrupción.

De esta manera, esta escuela consideró la organización como una entidad abstracta que era dirigida por un sistema racional de reglas y autoridad.

⁸ Koontz, H. Y O'donnell, C. (1987) "Administración". McGraw-Hill. México. Pag. 37.

2.3.2. Teoría Sociológica

El principal representante del enfoque sociológico es Chester Barnard, quien consideraba a la organización como un sistema de actividades sociales y quien propuso elaborar una teoría de la cooperación en la organización formal.

La cooperación se origina de una necesidad individual de cumplir propósitos; es un sistema cambiante en el que están combinados varios componentes físicos, biológicos y psicológicos (Chiavenato, 1983).

Para Barnard, un grupo social existe cuando reúne tres aspectos fundamentales: interacción entre dos o más individuos, deseo y disposición de cooperar y la existencia de objetivos. De ésta manera, la organización implica la integración de un grupo de personas capaces de comunicarse y de contribuir con sus acciones al cumplimiento de un objetivo en común.

2.3.3. Teorías Psicológicas

Las teorías psicológicas en las organizaciones, surge como una reacción de oposición al tradicionalismo de la teoría clásica, destacando al Hombre y al ambiente de trabajo como elementos clave de la eficiencia. De esta manera, las teorías psicológicas aparecen por una necesidad de mejorar la fuerte tendencia a la deshumanización, debido a la aplicación de métodos rigurosos, científicos y racionales, a los cuales los trabajadores tenían que someterse forzosamente.

Los trabajadores no siempre concuerdan explícitamente con los objetivos organizacionales, llevando a los participantes de la organización a un comportamiento alienado e ineficiente que retarda y muchas veces impide que se alcancen los objetivos de la organización.

Pinto (1994) enuncia que las teorías psicológicas en las organizaciones, se fueron conformando con los aportes de las llamadas teorías de transición en la organización, los cuales defendían algunos principios de la teoría clásica, pero a su vez, rescataban la importancia del conocimiento de las necesidades y características de las personas que conforman la empresa; hasta llegar a la escuela de las relaciones humanas que, como una opción radical de la teoría clásica, desplaza su atención del análisis de tareas y procesos productivos a los aspectos psicosociales.

2.3.3.1. Psicología de la Organización

Si bien la teoría sociológica en la organización puede considerarse como de transición, tuvo gran influencia en los modelos y postulados teóricos de la Psicología Social y la Psicología Organizacional.

Mary Parker Follet, quien a pesar de adoptar la tradición clásica en lo referente a los principios generales de la administración aplicables a las organizaciones y en que la fuerza laboral y la gerencia comparten un compromiso en común, se anticipó a la escuela de las relaciones humanas y se destacó de los demás clásicos por su enfoque psicológico.

Währlich (1969), presenta a Follet como la principal exponente de los llamados 'psicólogos organizacionales', quienes presentan las siguientes características en cuanto a su enfoque:

- Dan mayor importancia a las relaciones individuales en la organización, en tanto que los sociólogos de la organización (como Barnard), dan realce al comportamiento de grupos sociales.
- Se interesan por el estudio de la organización, como un sistema de control basado en el reconocimiento de las motivaciones individuales.
- Enfocan la organización como algo dinámico, en contraste con el concepto estático de los estructuralistas. "Se preocupan por la 'cosa en proceso' y no por aspectos netamente estructurales".⁹

Follet consideraba que las empresas son, ante todo, organizaciones humanas y sus problemas básicos son siempre de relación humana.

La Psicología organizacional, según Follet, se debe utilizar en el sentido de reconciliar a los individuos con la empresa. La organización necesita comprender a las personas, a los grupos humanos y a la comunidad en donde está situada. Aquella autora consideraba que el objetivo básico de la acción administrativa es obtener la integración de las personas y la coordinación de sus actividades; consideraba que no se había hecho, hasta entonces, ningún esfuerzo para aplicar la Psicología dentro de la administración humana y mejorar su desempeño mediante técnicas que tomaran en cuenta el elemento humano. Lo anterior contrariaba a las teorías clásicas y mecanicistas vigentes (Chiavenato, 1983).

⁹ Währlich, B. (1969) "Un análisis de las teorías de la organización" Fundación Getúlio Vargas. Brasil. En: Chiavenato, I. (1983). *Ibid.* Pag. 143.

En 1910, Hugo Münsterberg se había interesado por la aplicación de la Psicología en la industria y advirtió la importancia de las ciencias del comportamiento en relación con el nuevo movimiento en la administración. En su libro "Psychology and industrial efficiency" ¹⁰, precisó que sus objetivos eran descubrir:

-Cómo encontrar a los individuos con las cualidades mentales adecuadas para la naturaleza del trabajo que ha de realizar.

-Bajo qué condiciones psicológicas puede obtenerse una producción satisfactoria del trabajo de cada individuo.

-Cómo puede influir una empresa sobre sus trabajadores para obtener de ellos, el mejor resultado posible.

Münsterberg subrayó que su enfoque se dirigía en especial hacia los trabajadores con el fin de elevar su nivel de vida.

Howell (1979) y Bass (1972), han enunciado que la Psicología de la organización, comprende un conjunto de conocimientos emanados de las diversas ramas de la Psicología y de otras ciencias. Algunas de ellas, tales como la Ingeniería Industrial de F. Taylor, han dejado su huella y desaparecido; otras como la Psicología Social de Kurt Lewin, ejercen su influencia sobre los acontecimientos que ocurren hoy . Algunas otras disciplinas que conforman la Psicología Organizacional son: Psicología Educativa, Psicología Clínica, Psicometría, Psicología Experimental, Economía, Ciencias Políticas, Ciencias Administrativas, Sociología, Antropología, Filosofía, etc.

De ésta manera, la Psicología de la Organización "se interesa en la conducta de trabajo, en las relaciones entre individuos, relaciones entre grupos y en las relaciones de todos éstos con la estructura y función general de la organización en la que los individuos trabajan"¹¹ (Dunnette y Kirchner, 1994).

2.3.3.2. Escuela de las Relaciones Humanas

Chiavenato (1983) señala que los orígenes del movimiento de las relaciones humanas, respondieron a cuatro elementos importantes:

¹⁰ Publicado en alemán en 1912 y en inglés en 1913 (Boston: Houghton Mifflin Company). En: Koontz y O'donnell (1987) Op. Cit. P.39-40.

¹¹ Dunnette, M. Y Kirchner, W. (1994) "Psicología industrial" Op. Cit. Pag. 175

1. Necesidad de humanizar y democratizar la organización.
2. Desarrollo de las llamadas 'ciencias de la conducta' como la Psicología y la Sociología así como su creciente influencia intelectual y sus primeros intentos de aplicación a la organización. La realización de estudios e investigaciones hechas por los psicólogos como las actitudes, motivaciones, interacción social, procesos grupales, tipos de liderazgo, calidad de vida en el trabajo, etc., constituyeron una muestra de lo inadecuado de los principios de la teoría clásica.
3. Las ideas de la filosofía pragmática de John Dewey y de la Psicología dinámica de grupos de Kurt Lewin. Elton Mayo retoma esas ideas al estudio del comportamiento del hombre en la organización, para fundar la escuela de las relaciones humanas.
4. Las conclusiones de la experiencia de Hawthorne (Factoría de la Western Electric Company, en Ohio, E.U.), desarrolladas entre 1927 y 1932 por Elton Mayo, pusieron en jaque los principales postulados de la teoría clásica.

Los trabajos de Mayo, inicialmente intentaron manipular variables independientes en ambientes laborales (periodos de descanso, iluminación o mayor remuneración), para determinar sus efectos sobre la productividad de los trabajadores. Sin embargo, más tarde sus estudios trataron de determinar los métodos para desarrollar trabajo de equipo y cooperación continua en grupos industriales (Sverdick y cols, 1992)

El efecto en el cual los participantes en un experimento responden a la experiencia psicosocial de la participación (sentirse observados), más que por las variables experimentales que se estudiaban, se conoce como el "efecto Hawthorne".

Mayo reconoció que los empleados buscaban más que dinero en sus trabajos: el dinero probablemente sólo podía ser más efectivo como incentivo cuando se usaba junto con otras necesidades del Hombre y no en oposición a las mismas. Mayo trató de descubrir cuáles podían ser esas otras necesidades. El interés en la productividad radicaba en la actitud que el grupo mantenía frente al trabajo; la mejora de esa actitud influía decisivamente en la satisfacción de una serie de necesidades sociales (relaciones interpersonales y de afiliación al grupo), algo que los teóricos clásicos no habían considerado (Dunnette y Kirchner, 1994).

En la escuela de las relaciones humanas, la capacitación se encamina a los directivos para enseñarles la forma de dirigir, motivar, y tratar a los empleados para que satisfagan íntegramente sus necesidades y expectativas.

2.3.3.3. Repercusiones de las Relaciones Humanas

Con el advenimiento de la escuela de las relaciones humanas, un nuevo lenguaje pasa a dominar el repertorio organizacional. Se habla ahora de actitudes, liderazgo, motivación, organización informal, dinámica de grupos, etc., los antiguos conceptos clásicos de autoridad, jerarquía, racionalización del trabajo, principios generales de administración, etc. pasan a ser duramente atacados.

Así, desde que Mayo realizó sus estudios, se desarrollaron múltiples líneas de investigación; algunas de ellas fueron: motivación humana, dinámica de grupos, liderazgo, actitudes y organización informal:

– Motivación humana. La teoría clásica de Taylor, se basaba en la concepción de "homo economicus", según el cual el Hombre era motivado sólo por la búsqueda de lucro y por las recompensas salariales. Mayo, como otros autores, concluye que el Hombre puede ser motivado no por estímulos económicos y salariales, sino por recompensas sociales, simbólicas y no sólo materiales ("homo social").

"La motivación se refiere al comportamiento que es causado dentro del individuo y que es orientado en función de los objetivos que pueden satisfacer sus necesidades"¹² (Morgan, 1950).

La teoría de la motivación (también llamada teoría humanista), de Abraham Maslow, considera que las necesidades humanas dan forma a una jerarquía que comienza en orden ascendente, desde las inferiores hasta las superiores; una vez que se ha satisfecho una necesidad, surge otra en su lugar y así sucesivamente. Necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización van apareciendo a medida que cada una de las anteriores alcanza niveles de suficiencia. Ello no obsta para que el proceso se vea alterado y modulado por variables tales como la educación, el condicionamiento aprendido y las influencias culturales, es decir, hace énfasis sólo en las necesidades internas del Hombre, sin considerar la situación donde está colocado.

Por otra parte, el supuesto básico de Maslow así como de Carl Rogers, es que en todo ser humano se da un impulso hacia el crecimiento y desarrollo; es decir, conciben a la persona como un ser capaz de

¹² Morgan, C. (1950) "Introduction to Psychology" McGraw Hill. New York. En: Chiavenato, Y. (1983) Op. Cit. Pag. 173.

autoafirmarse de modo creativo, autónomo y consciente en fase constante de crecimiento y desarrollo de sus potencialidades (Quijano, 1987).

– **Dinámica de grupos.** Esta expresión suele designar los procesos que ocurren dentro de los grupos y sus consecuencias en los individuos. Esta área de estudio de la Psicología Social, señala que el comportamiento, las actitudes, las creencias y los valores del individuo, se basan firmemente en los grupos a los cuales pertenece.

Para comprender la dinámica de un grupo, Kurt Lewin consideró dos variables: la cohesión y la locomoción grupal. La primera es concebida como la suma de fuerzas que unen al individuo con el grupo, la cual desempeña un papel fundamental en la determinación de la influencia del grupo sobre sus miembros. La locomoción grupal se refiere al movimiento hacia una meta deseada; se concibe al grupo como actuando dentro de un campo de fuerzas en una región, para alcanzar una meta ubicada en otra región distinta (Hollander, 1982).

Otro concepto es la conformidad, la cual puede concebirse como la adhesión de un individuo a las expectativas grupales. "A mayor conformidad, mayor será el grado de cohesión: cuando los miembros comparten actitudes similares y se atienen a conductas normativas, aumenta su cohesión y, en consecuencia, la comunicación entre los miembros es más intensa"¹³ (Newcomb, 1961) . De esta manera, los grupos ejercen influencia en los procesos psicológicos y la conducta del individuo.

Lo anterior lleva a concluir que los empleados sin oportunidad de establecer contactos sociales en el trabajo, tienden a encontrar el trabajo desagradable, monótono y mecánico lo cual se refleja en baja producción y alta movilidad de personal. Por ello, la convivencia social y las experiencias compartidas con los compañeros de trabajo (y fuera del trabajo), se sitúan entre fuentes poderosas y significativas de satisfacción laboral.

– **Liderazgo.** Mientras la teoría clásica destaca únicamente la autoridad formal, considerando sólo la jefatura de los niveles jerárquicos superiores sobre los inferiores, exclusivamente en los aspectos relacionados con las actividades y funciones de cargo; la experiencia de Hawthorne demostró la existencia de líderes informales que asumían las normas y expectativas del grupo y mantenían control sobre su comportamiento, ayudando a los operarios (de la Western Electric) a actuar como un grupo social cohesionado e integrado.

¹³ Newcomb, T.M. (1956) "The prediction of interpersonal attraction". En American Psychologist, Vol. 11: 575-586. Citado en: Hollander, E. (1982) Op. Cit. Pag. 379.

Los elementos del liderazgo son tres: el individuo o líder (características de personalidad, carácter, comunicación, etc.), el grupo (estructura de las relaciones individuales dentro del grupo) y la situación (los cambios, el ambiente que involucra al líder y al grupo). Los tipos o estilos de liderazgo son tres: el democrático -consulta a sus seguidores las acciones y decisiones propuestas y promueve la participación-, el anárquico -utiliza poco o nada su poder y da toda independencia a sus seguidores- y el autocrático -da órdenes y espera su cumplimiento, es impositivo y dirige a través de la restricción o de otorgar recompensas y castigos- (Chiavenato, 1983).

La integración y la participación de los empleados en el proceso de toma de decisiones, pasaron a preocupar fuertemente a los autores y seguidores de la escuela de las relaciones humanas; lo que provocó una redefinición de cómo el líder podría ser democrático (o situacional) en su relación con sus seguidores, manteniendo al mismo tiempo la autoridad y el control sobre la organización de la cual es responsable.

-- Actitudes. Quijano (1987), menciona que el análisis de los experimentos realizados en Hawthorne, permitió descubrir lo siguiente:

1.- Ciertas variables controladas minuciosamente como estado de salud, alimentación, iluminación, calefacción, etc. no ofrecieron correlaciones significativas con la producción. Eran importantes, pero sólo hasta un cierto nivel, pasado el cual su influencia era absorbida por otros factores más significativos.

2.- Otras variables, cuya influencia no se había previsto, tales como edad, sexo, estado civil, estilo de mando, grado de participación del grupo en las decisiones que le afectaban, etc. jugaban un papel decisivo en los resultados.

Todas estas variables no previstas influyeron y conformaron el "clima social" del taller (en la factoría), produciendo una gran cohesión del grupo que por entero se sintió interesado en la producción. La clave de la cuestión radica en la **actitud** que el grupo mantenía frente al trabajo. Y en la mejora de esa actitud influía decisivamente la satisfacción de una serie de necesidades sociales (relaciones interpersonales y de afiliación de grupo), que ni Taylor ni los teóricos de la organización formal habían considerado.

La actitud puede definirse como "una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone a un individuo en favor de una respuesta preferida"¹⁴ (Rokeach, 1966):

¹⁴ Rokeach, M. (1966) "The nature of attitudes" East Lansing. Universidad del Estado de Michigan. Departamento de Psicología. En: Hollander, E. (1982) Op.Cit. Pag. 125.

- La expresión "organización de creencias", destaca la idea de que las actitudes no aparecen aisladamente, sino que más bien tienden a integrar una *constelación*.
- La palabra "duradera", subraya la constancia perceptual de las actitudes como *disposiciones*, en este sentido, Asch (1952) entre otros, estima que las actitudes son "disposiciones duraderas formadas por la experiencia anterior"¹⁵.
- La referencia a la "respuesta", revela la fuerza *motivacional* que ejercen sobre la acción.

Las personas suelen exhibir actitudes hacia una amplia gama de entidades sociales: instituciones y organizaciones, religión, problemas políticos y sociales. Por consiguiente (para ofrecer un ejemplo), dichas personas poseen una constelación estructurada de opiniones políticas que las pueden predisponer a manifestar ciertas conductas como votar o desarrollar actividades políticas.

Las actitudes, al igual que los valores, son adquiridos como resultado de la incorporación del individuo a los modos y costumbres de una sociedad. Se las aprende y tienden a persistir como secuela de la interacción social anterior. Las actitudes actuales del individuo resumen convenientemente sus expectativas del pasado, y a su vez producen efectos directivos sobre su actividad en curso orientada hacia el futuro. Cabe afirmar que los valores constituyen el componente nuclear de una constelación actitudinal que orienta la conducta en el largo plazo hacia ciertas metas. Es decir, los individuos tienen un mayor número de actitudes que de valores: un individuo puede tener miles de creencias, cientos de actitudes, pero sólo una decena de valores.

De esta manera, tanto las actitudes como como los valores son aprendidos en función de una reestructuración del campo psicológico; éste proceso es dinámico, en la medida en que unas y otros están sujetos al cambio producido por la adquisición de nueva información o como resultado de un proceso de aprendizaje. Las actitudes parecen ser más propensas a un cambio manifiesto, aunque el valor fundamental subyacente pueda persistir (Hollander, 1982).

Por otra parte, las actitudes tienen tres componentes: el cognoscitivo, que alude a los conocimientos que se tienen (creencia-descreimiento); el afectivo, que refiere los sentimientos positivos o negativos que se tienen sobre algo o alguien (simpatía-antipatía) y el conductual, significa la tendencia a actuar de uno u otro modo -disposición a responder-.

¹⁵ Asch, S. E. (1952) "Social Psychology" Nueva York, Prentice Hall. En: Hollander E. (1982) Op. Cit. Pag. 125

– Organización Informal. En las empresas existen relaciones entre individuos que no aparecen en el organigrama: amistades y antagonismos; individuos que se identifican con otros, grupos que se alejan de otros y una gran variedad de relaciones en el trabajo o fuera de él, que constituyen la llamada organización informal. Esta última se desarrolla a partir de la interacción impuesta y determinada por la organización formal.

El comportamiento de los grupos sociales en una organización, está condicionado por dos tipos de organización: la formal o racional y la organización informal o natural. Esta última, tiene su origen en la necesidad del individuo de convivir con los demás seres humanos.

Dubín (1968) ha referido cuatro factores que condicionan el surgimiento de los llamados grupos informales:

- a) "Los intereses comunes que surgen en cierto número de personas, a través de los cuales ellas pasan a integrarse más íntimamente.
- b) La interacción provocada por la propia organización formal; es decir, los contactos y relaciones formales con otras personas, a fin de que las responsabilidades sean debidamente cumplidas.
- c) Los periodos de descanso o "tiempos libres", permiten una intensa interacción entre las personas haciendo posible un fortalecimiento de vínculos sociales entre el personal"¹⁶.

2.3.3.4. Desarrollo Organizacional

Antonio del Cerro (1991), señala que el Desarrollo Organizacional (D.O) tiene sus bases teóricas en la Psicología Organizacional que estudia el comportamiento humano en cuanto que afecta al funcionamiento y gestión de la organización, así como propicia el crecimiento y desarrollo de sus potencialidades.

El D.O. también hace suyas diversas disciplinas de la ciencia de la conducta, entre ellas: la Sociología, Antropología y la Economía Política. El origen del D.O. , correspondió entre otras circunstancias, a la difícil aplicabilidad de las teorías clásicas y la profundización de los estudios de motivación y comportamiento humano y su importancia en la dinámica de las organizaciones.

¹⁶ Dubín, R. (1968) "Relaciones humanas en la Administración" Editorial Atlas, San Paulo. En: Chiavenato, J. (1983) Ibid. Pags. 192-193.

A partir de lo anterior, el Desarrollo Organizacional se define como: "La aplicación sistemática y a largo plazo de los conocimientos y teoría de la ciencia comportamental, como un medio de mejorar la efectividad de la organización y como una respuesta al cambio" ¹⁷ (Stewart, 1992).

En su acepción más corta, el D.O. se concibe como "una aplicación de las ciencias del comportamiento a los problemas de la organización, a través de programas de cambio planificados" ¹⁸ (del Cerro, 1991).o como el método orientado a los sistemas, tendientes a lograr el cambio (Robbins, 1987; Margulies y Raia, 1993), :

Respecto a lo anterior, puede considerarse que todo organismo es un sistema de actividades humanas coordinadas, un 'todo' complejo que tiene cierto número de subsistemas que actúan y se relacionan entre sí. Todo cambio en cualquier sector del sistema repercute en uno o más de los otros.

El cambio organizacional es un conjunto de alteraciones estructurales y de comportamiento dentro de la organización.

Toda organización actúa en determinado medio ambiente y como su existencia y supervivencia dependen de la manera como ella se relaciona con ese medio, la organización debe ser estructurada y dinamizada en función de las condiciones y circunstancias que caracterizan el medio en que ella opera.

El Desarrollo Organizacional considera que el Hombre tiene aptitudes para la productividad y que éstas pueden permanecer inactivas si el ambiente en el que vive y trabaja es hostil o restringido y le pide tanto crecimiento como desarrollo de sus potencialidades (Pinto, 1994). De esta manera, la organización es un sistema complejo y humano, con una cultura propia y con un sistema de valores que determinan los canales de información y los procedimientos de trabajo.

Por ello, todos los Programas de Desarrollo Organizacional comparten tres metas principales:

- Mejorar la efectividad organizacional
- Mejorar la calidad de vida en el trabajo
- Dirección efectiva del cambio

Del Cerro (1991) enuncia que las fases por las que pasa un Programa de Cambio Planificado son:

1.- Investigación y Diagnóstico

¹⁷ Stewart, J. (1992) "Gerencia para el cambio". Fondo Editorial Legis. Colombia. Pags. 40-43

¹⁸ Del Cerro, A. (1991) Ibid. Pag. 183

2.- Planificación de acciones

3.- Desarrollo de los recursos humanos

4.- Ejecución y aplicación

4.1.- Enfoques estructurales: Orientados hacia la tarea y hacia la descentralización de las decisiones.

4.2.- Enfoques tecnológicos

4.3.- Enfoques orientados hacia las personas

5.- Evaluación y seguimiento

En tanto que el D.O. es un esfuerzo educativo complejo encaminado a cambiar actitudes, valores y los comportamientos y la estructura de la organización, la capacitación es un medio a través del cual, se puede influir en los miembros de la organización para generar aprendizajes y cambios conductuales.

Esta revisión del marco teórico de la capacitación en las organizaciones, muestra la manera en que han ido evolucionando las concepciones del Hombre dentro de la organización, así como la función de la capacitación en el logro de los objetivos.

Si bien mediante un Programa de Capacitación como medio para producir un cambio organizacional, se permite incrementar la calidad en los servicios de salud, éste debe circunscribirse dentro de un marco que permita su obligatoriedad y regulación.

Ese marco lo constituye la legislación vigente, que en materia de capacitación señalan la Constitución Mexicana, la Ley Federal del Trabajo y el Contrato Colectivo de trabajo IMSS-SNTSS a través de sus diversos reglamentos y lineamientos. Por ello, enseguida se hará una breve revisión del marco legal de la capacitación en el IMSS.

2.4. Marco legal de la capacitación en el IMSS

Las leyes mexicanas consagran el marco legal de la capacitación en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a través de la Ley Federal del Trabajo que juntas constituyen las legislaciones principales que rigen la capacitación en nuestro país. Además el Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS 1995-1997, precisa los acuerdos que en materia de capacitación se deben llevar a cabo por ambas partes (empresa y sindicato).

2.4.1. Constitución Política de los E.U.M.

La obligación patronal de proporcionar capacitación a sus trabajadores, data de 1970; sin embargo, se promueve su cumplimiento hasta que se eleva a rango Constitucional con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del 19 de enero de 1978, en una adición al Artículo 123 Constitucional, en su Apartado "A". A continuación se enuncian dos de las Fracciones principales:

- Fracción XIII. Contenido: Obligación a las empresas a proporcionar capacitación y adiestramiento en el trabajo.
- Fracción XXXI. Contenido: La aplicación de las Leyes del Trabajo, corresponden a las autoridades de los Estados, en sus respectivas jurisdicciones.

2.4.2. Ley Federal del Trabajo

En abril de 1978, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación los reglamentos correspondientes, los cuales están incluidos en la Ley Federal del Trabajo; de ahí que para facilitar el estudio de los diversos Artículos referentes a la capacitación, se agrupan según lo reglamentan; entre ellos:

Tema: Sobre el propósito de la capacitación

Artículo 153-A. Contenido: Elevar el nivel de vida y la productividad del trabajador, conforme a planes y programas.

Artículo 153-F. Contenido: Actualizar conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad, sobre nueva tecnología y para prevenir riesgos de trabajo.

Tema: Obligación que la Ley impone a las empresas

Artículo 123-XV. Contenido: Obligación de los patrones a proporcionar capacitación a sus trabajadores (y por ende la presupuestación económica).

Artículo 153-N. Contenido: Presentar a la S.T.P.S., los planes y programas de capacitación acordados (patrón y trabajador), e informar de avances y/o modificaciones.

Tema: Sobre los derechos y obligaciones de los trabajadores

Artículo 153-A. Contenido: Derecho del trabajador a recibir capacitación.

Artículo 153-H. Contenido: Obligación a asistir a los eventos y acciones de capacitación.

Artículo 143-T-V. Contenido: Derecho a constancia respectiva al acreditar evaluaciones.

2.3.3. Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS

El contrato colectivo de trabajo que celebran, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, organización legalmente constituida, contiene los reglamentos en materia de capacitación y adiestramiento. En él se establecen las normas y lineamientos para organizar e impartir permanentemente cursos y actividades de capacitación y adiestramiento.

En la sección de Reglamentos de Capacitación y Adiestramiento (Capítulo I), se contemplan cuatro tipos de capacitación: capacitación y adiestramiento en el puesto, capacitación continua en el trabajo, capacitación y adiestramiento promocional a plazas escalafonarias y capacitación y adiestramiento para cambio de rama.

En los capítulos subsecuentes del Contrato, se enuncian los artículos referentes a la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento, Subcomisiones y comités y sus funciones; sobre los planes y programas, los instructores y los derechos y obligaciones de los trabajadores.

El manual de procedimientos del sistema IMSS-CAPACITACION (1991), contiene las normas, políticas y procedimientos de los tipos de capacitación, adiestramiento y desarrollo operados con dicho sistema. De igual forma, existe el Reglamento de Capacitación y Adiestramiento(1990) que regula dichas acciones. La legislación en el IMSS en materia de capacitación antes citada, constituye las políticas que tienen implicaciones sociales para el Instituto, los trabajadores y los usuarios de los servicios de salud.

Partiendo de lo anterior, es conveniente seguir un procedimiento que permita desarrollar un programa de capacitación en las organizaciones y cuyo sustento se fundamente en las teorías conductistas y cognoscitivas del aprendizaje en la capacitación y de las teorías psicológicas en las organizaciones. Puede señalarse que las teorías del aprendizaje están encaminadas a producir un cambio en la conducta o en el potencial de conducta de un sujeto. Los enfoques conductistas y cognoscitivistas tienen divergencias de interpretación; sin embargo, convergen en el estudio de las guías de los procesos por los que las personas aprenden de manera más efectiva.

En relación a las teorías administrativas y psicológicas en las organizaciones, se puede señalar que las escuelas de la teoría clásica constituyen las bases de la teoría administrativa (diseño de métodos de

trabajo, principios de administración, burocracia, etc.), han tenido su influencia en el desarrollo de los modelos sociológicos que, a su vez, repercutieron en las teorías psicológicas hasta el Desarrollo Organizacional que, como teoría de la ciencia comportamental, es un medio de mejorar la efectividad de la organización (alteraciones estructurales y de comportamiento).

Con el Desarrollo Organizacional se puede tener una perspectiva humanista, en el sentido de propiciar el crecimiento y desarrollo de las potencialidades de los individuos en la organización y fuera de ella inclusive.

Además de las teorías que ha aportado la Psicología al aprendizaje y a las organizaciones, es necesario considerar un enfoque sistemático en la capacitación que permita la efectividad y continuidad del mismo. Este enfoque sistemático, que se revisará adelante, ha de permitir descomponer un todo para comprender cada una de sus partes y estudiar la relación que tiene con los demás.

Para ello, en el siguiente capítulo se hará una revisión de lo que constituye el procedimiento para desarrollar un programa de capacitación en las organizaciones, bajo un enfoque sistemático.

CAPITULO 3: PROGRAMAS DE CAPACITACION EN LAS ORGANIZACIONES

Después de la revisión teórica, histórica y conceptual de lo que constituye la calidad en los servicios de salud, así como de la capacitación en las organizaciones, a continuación se describirá el proceso para desarrollar programas de capacitación en las organizaciones.

Se suele definir un programa como la presentación ordenada y sistematizada de actividades. Partiendo de esto, un programa de capacitación es la presentación ordenada y sistematizada de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes del trabajador que permitan su desarrollo individual y cumpla con los objetivos de la organización.

Como se observa, un programa de capacitación (de hecho la misma capacitación), implica el concepto "sistemático"; por ello, es preciso señalar algunas consideraciones al respecto.

3.1. Enfoque sistemático

Un sistema se puede definir como "un conjunto de elementos de interacción mutua, distintos entre sí, pero estrechamente relacionados por un objetivo común"¹, (Jesús Martínez, 1977)

Valencia (1982) señala que en sus orígenes, y aún en la actualidad, la teoría de los sistemas se empleó como una herramienta de análisis, es decir, surgió de la necesidad de descomponer un "todo" para comprender la estructura de cada una de sus partes y de estudiar la relación que, en el desarrollo de sus funciones, tenía con las demás.

La teoría general de sistemas reúne a los científicos que se preocupan por el estudio de la complejidad en los sistemas y que están desalentados con el enfoque de las ciencias físicas, el cual procede mediante el análisis y la reducción.

La ciencia newtoniana se refirió al universo como un mecanismo gigantesco que obedecía a elegantes leyes determinísticas del movimiento; comprender esto significaba desintegrar conjuntos complejos de eventos en sus componentes elementales para analizarlos. El método de "análisis de desintegración" se

¹ Martínez, J. (1977) "Sistema nacional de formación profesional" STPS. México. En: Valencia, J. (1982) "Evaluación de la capacitación". STPS. México. Op. Cit.

volvió ineficaz para competir con la complejidad del estudio del hombre; su cuerpo, sus interacciones, organización social, etc.. Así, la teoría general de sistemas evolucionó y buscó remediar las deficiencias del reduccionismo tradicional (Van Gigch, 1987).

Algunas ideas predicadas por la teoría general de sistemas, pueden observarse al filósofo alemán George Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), a quien se le atribuyen las siguientes ideas:

- El todo es más que la suma de las partes.
- El tododetermina la naturaleza de las partes
- Las partes no pueden comprenderse si se consideran en forma aislada del todo
- Las partes están dinámicamente interrelacionadas o son interdependientes.

Buckley (1968) señala que los trabajos de Ludwig Von Bertalanffy publicados en la década de 1940, aclaraban que "los sistemas vivientes no deberían considerarse cerrados, ya que de hecho, eran sistemas abiertos y que al realizar un cambio de los niveles físicos al biológico, social y cultural de la organización, en ciertas etapas de complejidad de las interrelaciones de los componentes puede desarrollarse un nivel emergente de organización con nuevas características"².

Lo anterior refiere que la capacitación es un sistema organizado, cuyos elementos se relacionan entre sí; la interrelación entre dichos elementos, es la condición primordial para que exista el sistema y cualquier cambio que se presente en una de sus partes afectará a todo el sistema.

El enfoque sistemático de la capacitación recurre a los principios y descubrimientos de la ciencia de la conducta y la administración para hacer efectivas las acciones de capacitación. Requiere la utilización de métodos y procedimientos científicos y técnicos, que funcione como coordinador de las acciones en este campo, cuya ubicación dentro de la organización le permita captar con precisión las necesidades y promover acciones sistemáticas de capacitación.

De esta manera, la capacitación constituye un sistema el cual comprende cuatro subsistemas: planeación, diseño y producción, promoción y ejecución y evaluación; con los cuales se desarrollan programas de capacitación en las organizaciones.

² Buckley, W. (Dir.) Introducción de la parte II. Modern Systems Research for the Behavioral Scientist. Aldine, Chicago. p 37. En: Van Gich, J. (1987) Teoría general de sistemas. Editorial Trillas. México. pp. 65-67

3.2. Subsistemas de capacitación

Los siguientes subsistemas en el proceso de capacitación, se basan principalmente en el modelo para desarrollar programas de capacitación en las organizaciones propuesto por Reza (1995). También se incluyen aportaciones de Pinto (1994), S.T.P.S. (1994) y Martínez (1997) quienes enuncian algunos elementos que son importantes en los subsistemas de capacitación.

3.2.1. Planeación

Con este subsistema se inicia el proceso para coordinar y administrar la capacitación y es de importancia fundamental ya que sustenta a los demás subsistemas en virtud de constituirse como plataforma sobre la que deberá apoyarse el programa de capacitación.

En la etapa de planeación, se decide con anticipación: qué se va a hacer, por qué se va a hacer y cómo y cuándo hacerlo; ello a través de la recolección de datos, su análisis y diagnóstico para determinar la situación actual de la organización y proponer así un camino a seguir, fijando prioridades, objetivos y formas de evaluación.

El empleo de un enfoque "multidimensional" para evaluar la calidad en los servicios de salud (descrito en el apartado 1.5.1.) facilitará la identificación de problemas en la planeación.

Las etapas que conforman el subsistema de planeación son: diagnóstico organizacional y situacional, análisis de puestos, detección de necesidades de capacitación, definición de objetivos, programación, políticas y presupuestos y evaluación.

3.2.1.1. Diagnóstico organizacional y situacional

El diagnóstico Organizacional y el diagnóstico situacional, constituyen herramientas importantes en el sistema de capacitación. Estos diagnósticos deben ser realizados por todas las autoridades de la organización, con información del personal y de los clientes. Antes de llevar a cabo ésta tarea, debe tenerse claro la Misión y objetivos estratégicos de la organización.

En lo que respecta al diagnóstico organizacional, éste constituye un mecanismo que permite determinar el estado actual de la organización en un 'contexto general'. Es decir, la evaluación de la organización desde esta perspectiva, implica analizar por parte de los directivos, variables tales como: factores extrainstitucionales e interferencias informales, condiciones mecánicas, físicas y bioquímicas, estilo de liderazgo, naturaleza del trabajo o planeación, entre otras, que pudiesen afectar la eficiencia de la organización.

El modelo T-90 que describe el IMSS (s/a) en el Taller de Diagnóstico Organizacional y Planeación, considera 5 variables:

1. Estructura técnico administrativa
2. Ambiente físico de trabajo
3. Influencia de factores externos
4. Ambiente social de trabajo
5. Realización del trabajo

De cada una de estas cinco variables, se desprenden 3 categorías y a su vez, de cada una de esas categorías se desglosan 6 indicadores, en total son: 5 variables, 15 categorías y 90 indicadores (Taxonomía de 90 indicadores).

Por otra parte, el diagnóstico situacional permite visualizar, desde un contexto particular, el estado en que se encuentran las diferentes estructuras (áreas) que conforman a la organización en ese momento.

En la elaboración del diagnóstico situacional se deben considerar todos los recursos materiales, humanos, físicos y financieros con que se disponen para el desarrollo de sus funciones, así como los que se requieren para su mejor funcionamiento. A partir de lo anterior, se hace un análisis que conduzca a conclusiones y arrojen datos sobre las áreas de oportunidad y los aspectos que interfieren en el desarrollo de las áreas.

Es menester señalar que si bien ambos diagnósticos son importantes para una planeación adecuada, es necesario que por lo menos se cuente con el diagnóstico situacional en el proceso de evaluación y diagnóstico, ya que es necesaria la percepción y opinión del cuerpo directivo para valorar la calidad de la atención médica. Son con los directivos con quienes se inicia y mantiene el programa de capacitación.

3.2.1.2. Análisis de puestos

El análisis de puestos, se basa en la comparación de dos situaciones:

- La situación idónea de un puesto de trabajo. "El debe ser o hacerse" considerando los recursos materiales necesarios para desempeñarlo, las actividades a realizar, los índices de eficiencia, etc. La información para ellos se obtiene de los manuales de organización, perfiles de puesto y descripciones de puestos.
- La situación real de dicho puesto. "El es o se hace". Para obtener información básica deben diseñarse instrumentos que permitan capturarla, así como técnicas para determinar necesidades de capacitación.

El análisis comparativo consiste en confrontar ambas situaciones (la idónea y la real), para determinar las discrepancias. A partir de ello se podrán obtener las desviaciones que pueden obstaculizar el desempeño correcto del trabajador en su puesto de trabajo.

De esta manera los resultados del análisis comparativo, así como de cada una de las dos situaciones por separado, constituyen indicadores importantes para desarrollar acciones de capacitación.

3.2.1.3. Detección de Necesidades de Capacitación

A partir de las acciones anteriores, se realizará la Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), en la que se determinarán y delimitarán todas aquellas acciones que competan exclusivamente a la capacitación.

Durante la DNC, se tratará de identificar:

- Necesidades manifiestas. Como la creación de un nuevo puesto, movilidad de puestos, introducción de nuevos equipos y/o procedimientos, baja productividad.
- Necesidades encubiertas. Como el papel de los directivos en el ambiente o clima de sus respectivas áreas así como de la organización; la influencia de la calidad de vida en el trabajo sobre los trabajadores.

- Las deficiencias del personal en cuanto al desempeño de las tareas inherentes a su puesto de trabajo, de su respectivo servicio.
- En qué se requiere capacitar para desempeñar correctamente un puesto de trabajo; por ejemplo, el sentido de pertenencia a la empresa, actualización para el puesto, comunicación, actitudes, dinámica de grupos, etc. .
- Quiénes de los trabajadores que desempeñan un mismo puesto de trabajo (e inclusive de otros puestos), requieren determinada acción de capacitación.
- Determinar prioridades y jerarquizar área, puestos y personas a capacitar.

Las técnicas empleadas para determinar necesidades de capacitación son muy diversas, entre ellas: la entrevista, la observación, cuestionarios, encuestas, listas de verificación, técnica de tarjetas, inventario de habilidades, pruebas de desempeño, corrillos y lluvia de ideas; las cuales pueden aplicarse al personal de la organización y a los usuarios o clientes (Mendoza 1993).

3.2.1.4. Definición de objetivos

Los objetivos son los fines o metas a los que se dirige toda actividad; conforman la base estructural de la planeación y dan sentido y orientación a todo el proceso, pues señalan el fin hacia el cual hay que dirigirse.

Los objetivos en capacitación deben fijarse en función de los objetivos de la organización y en razón de la solución o reducción de los problemas o necesidades de capacitación detectadas.

La especificación de objetivos, conduce al diseño del programa de capacitación; de ahí que habrá de diferenciar entre el objetivo general del programa, los particulares de los cursos o eventos de capacitación que lo integran y los objetivos específicos para cada una de las actividades de dichos cursos o eventos de capacitación.

3.2.1.5 Programación

Al tener los datos de la DNC y definidos los objetivos a alcanzar para su incidencia, los coordinadores (o responsables) de capacitación, conjuntamente con los directivos (o responsables) de todas las áreas de la organización, realizarán la programación de los cursos y actividades de capacitación y adiestramiento, así como la determinación de grupos y universo de participantes.

De esta manera, la programación de la capacitación debe abarcar todo lo largo y ancho de la organización, la cual puede realizarse de manera anual, semestral, trimestral o mensual que permita cualquier ajuste o adaptación.

Lo anterior implica necesariamente, establecer compromisos contraidos de manera escrita que coadyuven a las políticas para corregir las problemáticas o necesidades detectadas en términos de áreas, recursos, responsables y tiempos (fechas de inicio y de término).

En la programación y calendarización de cursos/eventos de capacitación, conviene considerar aspectos tales como:

- Calendario civil en relación con el calendario de cursos: fechas cívicas importantes, posibles temporadas vacacionales (o ausentismo programado del personal), cierre de ejercicios fiscales o informes. También los días de la semana y del mes más idóneos para impartir la capacitación.
- Disponibilidad de locales apropiados para el evento en cuestión: tener en cuenta otros eventos no de capacitación que podrían ser prioritarios en el uso del aula.
- Disponibilidad de los participantes: Necesario la autorización de los jefes inmediatos, además de considerar las cargas de trabajo de las áreas involucradas, lo horarios y los días de la semana más adecuados en que puedan asistir los participantes sin que con ello interfiera en los servicios a los que pertenecen.
- Disponibilidad del instructor: En caso de instructores internos, su respectiva autorización. Se debe de tener en cuenta (o prever) instructores alternos en caso de ausencia de los programados, considerando también su disponibilidad, características personales así como su dinamismo en la conducción de las actividades.

3.2.1.6. Políticas y presupuestos

Las políticas en un programa de capacitación permiten, por una parte, el constante mejoramiento y mantenimiento de la calidad, y por otra, constituir las base de las normas y procedimientos, para la operación de las actividades de capacitación.

En la Constitución Mexicana a través de la Ley Federal del Trabajo, se enuncian las disposiciones legales en materia de capacitación; en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS y el Reglamento de Capacitación y Adiestramiento, a través del Manual de Procedimientos del Sistema IMSS-CAPACITACION, precisan las políticas, normas y procedimientos de los tipos de capacitación y desarrollo operados con dicho sistema y avalados ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Por otra parte, la presupuestación es un elemento importante a considerarse dentro de las políticas de la organización, que permiten disponer de los medios económicos y materiales necesarios para implementar el programa de capacitación en el IMSS.

3.2.1.7. Evaluación

En el contexto de la capacitación sistemática, la evaluación tiene un papel primordial por ser un elemento de retroalimentación del sistema integral de capacitación. Es decir, la realización y evaluación de los cursos y/o eventos de capacitación, da lugar a la recopilación de diversos datos que tienen trascendencia en los demás subsistemas; éstos datos servirán para tomar decisiones, hacer ajustes a los programas, cursos, eventos y/o materiales de capacitación, mejorar la actuación de los instructores y servir como indicadores de la eficiencia y desempeño en la empresa. También se empleará dicha información en el siguiente proceso o ciclo de la capacitación (incluyendo el seguimiento).

De esta manera, la evaluación dentro del subsistema de planeación, implica establecer y precisar con anticipación los métodos e instrumentos a través de los cuales se 'medirán' las intervenciones hechas por el programa de capacitación, que incluye la revisión de aspectos generales del funcionamiento del sistema de capacitación (macroevaluación) y la revisión del proceso de enseñanza aprendizaje (microevaluación).

3.2.2. Diseño y producción.

El segundo subsistema tiene como propósito estructurar los soportes técnicos y logísticos, así como los medios didácticos para hacer eficaces y efectivos los procesos de enseñanza aprendizaje y garanticen mejores resultados en la capacitación del personal.

Si el instructor o facilitador del proceso cuenta con una carta descriptiva, esquema de trabajo, técnicas, materiales y apoyos didácticos múltiples, la enseñanza y el aprendizaje del personal facilitarán el logro de los objetivos del programa de capacitación.

3.2.2.1. Diseño

Dentro de las acciones genéricas para el diseño, se encuentran:

- Diseñar todos los eventos de integración, motivación, adiestramiento o capacitación para su impartición por primera vez o para actualización.
- Diseñar los medios didácticos audio-escrito-visuales, para los instructores o facilitadores y para los participantes.
- Evaluar la calidad técnica y didáctica de los materiales producidos.

Dentro de las acciones específicas se ubican:

- Diseñar y aprobar metodologías para la preparación de eventos, cursos, sesiones y conferencias para la capacitación del personal.
- Revisar niveles y profundidad de los cursos/eventos/actividades de capacitación, con el fin de estructurar contenidos homogéneos para grupos con necesidades y/o perfiles similares.
- Estructurar y producir los cursos, materiales, técnicas y apoyos didácticos necesarios, para llevar a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje.

-- Planear y diseñar la estrategia e instrumentos de evaluación de los materiales producidos; si así se requiriera, rectificar dichos materiales e instrumentos.

-- Evaluar continuamente la calidad técnica y la vigencia de los contenidos, de los materiales y cursos/eventos de capacitación.

3.2.2.2. Producción

Detallando un poco más los pasos a seguir en la preparación del programa de capacitación, se tienen:

1.- Sistema. Se revisan los aspectos que pueden resolverse a través de los diferentes medios disponibles, para dar respuesta a las necesidades planteadas. Una alternativa la constituyen los cursos internos, donde se planteará la necesidad de estructurar el programa en cursos que pueden ser:

a) Modulares: Cuando se trata de temas que se dirigen a un tópico específico, pero con una relación referida a un tema general.

b) Progresivos: Si los contenidos de un curso son base o consecuencia de los conocimientos impartidos en otro.

c) Autónomos: Cursos específicos para un contenido susceptible de cubrirse en un tiempo relativamente corto.

2.- Secuencia y sistematización. Si los programas son modulares o autónomos, se marca la secuencia lógica de los cursos, integrantes, la progresión, los niveles y las sedes de los cursos.

3.-Instructores. En la planeación integral de la capacitación, un rubro muy importante a considerar es el número, disposición, calidad y versatilidad de los instructores internos y externos con los que se puede contar. En este aspecto conviene considerar los objetivos, los contenidos y la metodología convenientes de acuerdo al tipo de programa y al grupo específico.

4.- Carta descriptiva. La carta descriptiva es un plan de estudio que presenta una visión general y sintética del evento de instrucción y constituye un mapa orientador del quehacer del instructor (o facilitador) durante su proceso educativo, ya que:

- Concentra la atención del instructor y del grupo en áreas que requieran el máximo relieve, considerando el objetivo general y una serie de objetivos específicos.
- Asegura que se tengan en cuenta, los recursos disponibles y que se utilicen al máximo.
- Ofrece un medio para verificar que nada se haya pasado por alto.

La carta descriptiva o guía didáctica, es una guía flexible que puede ajustarse a las necesidades concretas de cada grupo y/o instructor en particular. Los principales elementos a considerar en su elaboración, son:

A) Formulación de objetivos

- **Objetivos generales;** cuyos enunciados muestran las conductas que se espera de los participantes, al concluir un curso/evento de capacitación.
- **Objetivos particulares o intermedios;** se desprenden de un objetivo general, son un grupo de especificaciones que muestran los comportamientos a alcanzar en el análisis de un tema o unidad.
- **Objetivos específicos u operacionales;** emanan de los objetivos particulares y se relacionan con los contenidos temáticos unitarios de una unidad de aprendizaje.

Para la formulación de los objetivos operacionales, deberán considerarse los siguientes aspectos:

– Utilización de taxonomía de objetivos: dominio cognoscitivo (conocimientos, comprensión, análisis, síntesis, etc.); dominio afectivo (receptividad, respuesta, valoración, etc.) y dominio psicomotor o conductual (habilidad de respuesta, información verbal, destrezas motoras, etc.), como la que propone Bloom (1971).

– La claridad en la exposición del objetivo, es mucho más importante que la perfección en su redacción.

B) Temas y subtemas. Se analizan y enlistan los temas y subtemas en concordancia con los objetivos señalados.

C) Técnicas didácticas. Determinar las técnicas didácticas más adecuadas para aproximar y simular de la manera más 'real' posible la experiencia del conocimiento planteado; estas técnicas pueden ser individuales (trabajo individual, demostración, investigación, etc.) o grupales (sociodramas, corrillos, discusión dirigida, etc.).

D) Actividades de aprendizaje. Se describen las consideraciones y acciones más efectivas a realizar por parte del instructor y de los participantes, para facilitar el aprendizaje.

E) Materiales didácticos. Se mencionan los materiales, los que va a emplear el instructor y los de los participantes.

F) Apoyos didácticos. Se exponen los instrumentos o medios de comunicación a emplearse como pizarrón, rotafolios, acetatos, diapositivas, franelógrafos, retroproyectores, etc.

G) Tiempo. El diseñador del proceso instruccional asignará un determinado espacio y tiempo a cada tema y actividad, dependiendo de las condiciones mismas del diseño de los cursos y las condiciones de los participantes.

H) Evaluación. Finalmente se eligen los instrumentos de evaluación más adecuados para cada etapa y tipo de aprendizaje, pudiendo elegir entre evaluación diagnóstica, parcial, formativa, sumaria y general.

3.2.2.3. Desarrollo de proyectos de mejora continua

Dado que los cursos de capacitación son desarrollados por los responsables del área respectiva, el adiestramiento constituye un área que compete a los directivos o jefes de servicio y son quienes deben impartir aquellas acciones que permitan hacer más efectivo el puesto de trabajo en su área de servicio en particular.

Para ello se deben analizar los procesos más importantes que se realizan en los servicios, a partir de los cuales se puedan determinar acciones específicas de adiestramiento.

El análisis de un proceso, conlleva a la formulación de un "Proyecto" tendiente a mejorar dicho proceso; los elementos que debe contener un "Proyecto de Mejora Continua", el cual tiene un carácter Normativo por ser parte del Programa Delegacional de Mejora Continua de la Delegación 2 Noreste del IMSS, son los siguientes: Título del proyecto, justificación, Misión del servicio, objetivos, organización del equipo, precisión de actividades, metas a alcanzar y evaluación.

3.2.3. Promoción y ejecución de eventos

Este subsistema es el encargado de la promoción y ejecución de los cursos/eventos o cualquier otra modalidad de capacitación que satisfaga las necesidades del personal y que hayan sido captadas por medio de un diagnóstico confiable y completo.

Su objetivo entonces, consiste en dar a conocer, ofrecer y coordinar los servicios y alcances del Sistema de Capacitación a todos los actores involucrados en él, con el afán de satisfacer sus expectativas.

3.2.3.1. Promoción

Una buena coordinación contempla la información oportuna y suficiente sobre el evento. Esta puede incluir el objetivo, contenido temático, fecha, sede, duración, horarios y todas las condiciones que el participante necesita conocer para que llegue al evento con expectativas adecuadas.

La promoción debe enviarse a los posibles participantes con tiempo suficiente para que programen su participación. Asimismo, los programas deberán hacerse del conocimiento de los jefes o supervisores, el sindicato y comisiones mixtas de capacitación.

Para ello, se debe dar aviso oportuno, a través de diversos medios de comunicación interna (escritos, impresos o hablados), a todas las áreas de la empresa involucradas, sobre los distintos programas de capacitación que se realicen a fin de promoverlos oportunamente.

De igual forma, es conveniente verificar que la información difundida llegue a sus destinatarios y, en su caso, hacer una nueva difusión y/o aclaración de los mensajes enviados.

3.2.3.2. Ejecución de eventos

La ejecución es la puesta en marcha del sistema de capacitación e implica la coordinación de los eventos previstos, así como la puesta en marcha de los instrumentos y formas de comunicación para supervisar que lo que se está haciendo, se haga según lo planeado.

La coordinación de eventos abarca los preparativos previos como son la confirmación de instructores y participantes, la asignación de grupos y aulas, el ordenamiento de los refrigerios, la reproducción y distribución de materiales y la preparación de constancias, entre otras actividades.

Entre las acciones específicas para la ejecución o coordinación de los cursos se encuentran:

- Hacer ajustes a los calendarios de los proyectos, con base en las contingencias que se presenten.
- Verificar, antes de cada evento, la presencia de todo el equipo y material solicitado. Asimismo, verificar la disponibilidad de aulas y talleres para los eventos con anticipación.
- Certificar y realizar el levantamiento de datos de los participantes a los eventos que se realicen, consignando: nombre completo, puesto, matrícula, área de adscripción, etc..Así como la asistencia durante los días que dura la actividad o curso de capacitación.
- Concentrar la información obtenida en los formatos o medios previstos, como la lista de asistencia y para registro de movimientos presupuestales, control de materiales y equipo didáctico. Los mecanismos a veces engorrosos pero necesarios para ese control y para la retroalimentación, se dan en esta fase o subsistema de ejecución.
- Aplicar los instrumentos de evaluación que deberán sujetarse a las normas establecidas con anticipación en el subsistema de planeación.
- Redactar informes mensuales o cada vez que se requieran, acerca del desarrollo general del programa para informar constantemente a las autoridades internas y externas.

3.2.4. Evaluación y seguimiento

La evaluación es la medición y corrección de todas las intervenciones para asegurar que los hechos se ajusten a los planes, implica la comparación de lo alcanzado con lo planeado. Comprende en su amplia expresión, la medición y valoración del sistema, del proceso instruccional y el seguimiento de los resultados.

Este subsistema de capacitación comprende: microevaluación, macroevaluación y seguimiento.

3.2.4.1. Microevaluación

Este nivel de evaluación, se dirige a la recopilación y análisis de la información sobre la percepción y resultados de aprendizaje; los productos del proceso instruccional. Proporciona los primeros datos objetivos sobre el desarrollo del sistema, lo que permite considerar los ajustes que conviene introducir, con el propósito de reducir o evitar las desviaciones entre lo planeado y lo realizado.

La microevaluación comprende dos dimensiones principales: evaluación de la reacción (o conducción) y evaluación del aprendizaje:

1.- Evaluación de la reacción. Este tipo de evaluación proporciona información acerca de los acontecimientos que sucedieron durante un curso/evento, y si éste gustó o no a los participantes en tanto que proporciona datos cuantitativos sobre la *percepción* de los participantes.

Una forma de realizarla es utilizando un formato preestablecido, la cual se entrega a los participantes para ser requisitada antes de concluir el curso o evento.

En la evaluación de la reacción, se revisan aspectos acerca del instructor, del curso, del grupo de participantes, de la coordinación y/o servicios proporcionados.

Aunque los participantes queden satisfechos con un curso, no necesariamente quiere decir que aprendieron, por lo tanto, éste tipo de evaluación deberá complementarse con la de resultados del aprendizaje.

2.- Evaluación del aprendizaje. Para evaluar con efectividad el aprendizaje o el nivel de conocimientos que el participante ha adquirido, durante la capacitación, será necesario contar con una planeación del curso/evento, en la que existan objetivos claramente definidos y expresados en términos de metas susceptibles de ser alcanzadas.

La evaluación del aprendizaje podrá aplicarse al inicio del programa (previa o diagnóstica), durante el desarrollo (proceso formativo) y al final (sumaria):

- Evaluación previa. Se realiza al inicio del proceso de enseñanza aprendizaje. Permite verificar el nivel de conocimientos de los participantes en relación al tema a tratar.

- **Evaluación formativa.** Se realiza durante el proceso de enseñanza aprendizaje. Su propósito es detectar deficiencias o desviaciones en los objetivos de aprendizaje.
- **Evaluación sumaria.** Se lleva a cabo al finalizar el proceso de enseñanza aprendizaje. Su objetivo consiste en verificar que los participantes hayan alcanzado los objetivos instruccionales establecidos.

3.2.4.2. Macroevaluación

La macroevaluación pretende revisar aspectos generales del funcionamiento del sistema de capacitación que exista al interior de la organización. Es el proceso que sirve para obtener información útil para retroalimentar al sistema y normar la toma de decisiones, con el propósito de mejorar y validar técnica y profesionalmente la capacitación en función de sus resultados. De igual modo, constituye un elemento que permitirá la planeación de las acciones futuras.

La macroevaluación comprende dos dimensiones propias: incrementos en la calidad de los servicios y el costo-beneficio.

- **Calidad en los servicios:** El nivel de satisfacción del usuario a los servicios de salud constituye la medida en que el sistema de capacitación tuvo repercusiones en la organización. Para ello, se debe emplear un instrumento que determine el grado de mejoramiento de los servicios después de aplicado el programa de capacitación y compararlo con otra evaluación al inicio (o antes) del programa.
- **Costo-beneficio:** Consiste en un análisis de los costos generados por la capacitación y los beneficios obtenidos tras su puesta en marcha. Algunos indicadores son la productividad y los beneficios al trabajador.

3.2.4.3. Seguimiento

El seguimiento se hace con fines de corrección y ajustes de los programas impartidos, valiéndose de los instrumentos necesarios (entrevistas, escalas estimativas, etc.), que muestren avances en el mejoramiento del trabajo o la reducción de los problemas o la atención de las necesidades detectadas.

El seguimiento se hace también con el propósito de conocer los obstáculos que se presentan para lograr los cambios de conducta esperados después de los cursos impartidos.

El seguimiento implica la continuidad del proceso de capacitación como sistema, mediante la corrección de acciones que se hayan detectado durante la implantación, lo cual aportará datos que repercutirán en la toma de decisiones para la planeación en un nuevo proceso de capacitación.

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Planteamiento del problema

¿Influye un programa de capacitación en la calidad en los servicios de una Unidad de Medicina Familiar del I.M.S.S.?

Hipótesis

Al aplicar un programa de capacitación en la Unidad de Medicina Familiar No. 35, se incrementará la calidad en los servicios que otorga.

Hipótesis estadística

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras de la población usuaria, al evaluar la calidad en los servicios en una Unidad Médica si se implanta un programa de capacitación.

Ha: Sí existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras de la población usuaria, al evaluar la calidad en los servicios en una Unidad Médica si se implanta un programa de capacitación.

V.I.: Programa de capacitación.

V.D.: Calidad en los servicios.

Definición conceptual de variables

V.I. Programa de capacitación: Proceso sistematizado de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes del trabajador que permitan su desarrollo individual y cumpla los objetivos de la organización.

V.D. Calidad en los servicios: Grado de mejoramiento que se establece en forma previa, para satisfacer al cliente a través de un conjunto de prestaciones.

Definición operacional de variables

V.I. Programa de capacitación: Actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, incrementar habilidades y mejorar actitudes de los trabajadores a través de la enseñanza aprendizaje (cursos, talleres y pláticas).

V.D. Calidad en los servicios: Grado de satisfacción de las expectativas y necesidades del derechohabiente, el cual se evaluó a través del instrumento denominado Medida de Satisfacción del Derechohabiente (Anexo 1).

METODO

Sujetos: Se conformaron dos grupos a partir de dos muestras de la población usuaria que asistieron a la Unidad Médica No. 35 en los turnos matutino y vespertino, a quienes se les aplicó el instrumento Medida de Satisfacción del Derechohabiente antes (pretest) y después (postest) de la implantación del programa de capacitación dirigido a los trabajadores de la Unidad..

Muestreo: Se empleó un muestreo aleatorio simple accidental, en donde se eligieron al azar a los usuarios de la Clínica en ambos turnos; adultos que hubieran hecho uso de los servicios a quienes se encuestaron empleando el instrumento mencionado.

Al inicio del programa se aplicaron 168 encuestas y al término de este 156 encuestas con el instrumento para medir la satisfacción del derechohabiente.

La condición principal consistió en que dichos usuarios estuvieran adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 35.

Dado que los usuarios reciben el servicio de los trabajadores, fué necesario que todo el personal de la Clínica participara en el programa de capacitación ya que estos constituyen el 'medio' para que el usuario apreciara un cambio en la mejora del servicio. La U.M.F. No.35 contó con un total de 370 trabajadores: 210 pertenecían al turno matutino y 160 al vespertino.

Escenario: Unidad de medicina Familiar No. 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social; se emplearon 1 sala de juntas, 2 aulas y 1 auditorio para las acciones de capacitación y los espacios interiores y exteriores de la Unidad para encuestar a los usuarios (derechohabientes).

Tipo de investigación: De campo y confirmatoria de hipótesis.

Diseño: El diseño de la investigación expresa la estructura y el plan de investigación para el estudio de las relaciones entre las variables. Su propósito es obtener respuestas a preguntas de investigación y controlar la varianza (Kerlinger, 1994).

Los antecedentes del diseño empleado en el presente trabajo, los proporciona el estudio con profesores realizado por Shilling (1975) cuyo objeto fué "determinar si con algunas horas de entrenamiento en talleres dedicadas a la educación humana (como ayudarlos a identificar habilidades con que podían incrementar sus niveles de rendimiento en el aula), la conducta

que los maestros observaban en el aula cambiaba lo suficiente para producir progresos reconocibles en los alumnos¹.

Campbell y Stanley (1993) señalan que el diseño de muestra separada pretest-postest, se emplea para grandes poblaciones (p. ej. instituciones o escuelas). Su esquema es:

R	O	(X)	
R		X	O

Las filas constituyen muestras de equivalencia aleatoria (R), representando la "(X)" una presentación de X sin importancia. Se mide una muestra antes de X, otra equivalente después de X. "El diseño no es intrínsecamente eficaz; no obstante, suele resultar viable y a menudo merece que se lo aplique"².

Considerando lo anterior, el diseño que pretendió responder al planteamiento del problema del presente trabajo, fué un diseño combinado de dos grupos, el cual se puede representar de la siguiente manera:

Grupo 1:	Tr	(Dx)	X	O (Ev)
Grupo 2	Dh	O ₁		O ₂
	Dh			

El Grupo 1 lo constituyeron los trabajadores (Tr) de la U.M.F. No. 35, en la cual se realizó un Diagnóstico "(Dx)", después una intervención (X) y luego una observación (O) mediante un instrumento (Evaluación del curso e instructor, Anexo 6), aunado a la evaluación del programa "(Ev)".

El grupo 2 lo conformó la población derechohabiente (Dh); se tomaron dos muestras independientes de usuarios de los servicios de la U.M.F. No. 35, a la primera muestra de usuarios se aplicó el instrumento: Medida de Satisfacción del Derechohabiente (O₁), con cuyos

¹ Shilling, L. E. "Implementing human technology: short-term training for teachers". *Journal of Educational Research*, 1975, 61:143-148. En: Craig, J. y Metz, L. (1987) "Métodos de la investigación psicológica". Edit. Interamericana. México. Negritas y subrayado personal.

² Campbell, D. y Stanley, J. (1993) "Diseños experimentales y cuasiexperimentales". Amorrortu Editores, Argentina. p 103.

datos complementaría la realización del diagnóstico (Dx) en el Grupo 1. A la segunda muestra equivalente del Grupo 2, se aplicó el mismo instrumento (O2) para determinar cómo la intervención hecha al Grupo 1 influía en la atención que recibía el usuario del Grupo 2; con éstos datos se complementaría la evaluación "(Ev)" del programa de capacitación en el Gpo. 1.

Procedimiento: Siguiendo el proceso para desarrollar programas de capacitación en las organizaciones descrito en el Capítulo 3, se procedió a realizar dichas actividades en los cuatro subsistemas de capacitación, siempre y cuando se tuvieran dos condiciones precurrentes:

La primera de ellas consistió en el compromiso de la Dirección de la Unidad que, de manera explícita, manifestaran la prioridad que le dan a la calidad y la voluntad de propiciar y gestionar que todas las áreas de la Clínica se comprometieran con el mejoramiento continuo.

Partiendo de lo anterior, se procedió a constituir el Comité de Capacitación y Adiestramiento el cual quedó integrado por los jefes de servicios, así como por los representantes sindicales de la clínica 35. La base legal del Comité de Capacitación y Adiestramiento, se encuentra en la Cláusula 114 del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS, el Reglamento de Capacitación y Adiestramiento y los Lineamientos para el Funcionamiento de los Comités de Capacitación y Adiestramiento. Este último, contiene los lineamientos estratégicos para la creación de los Comités, así como su objetivo, políticas, integrantes y funciones que permitan el cumplimiento de los programas de capacitación.

PLANEACION

La Dirección, que presidía el Comité de Capacitación, giró indicaciones a los jefes de servicio de la clínica, para que realizaran un diagnóstico situacional de su respectivo servicio, con lo cual se dio inicio al subsistema de planeación en el proceso de capacitación.

Una vez que se realizaron los diagnósticos situacionales de cada servicio, se procedió a realizar el diagnóstico organizacional de la clínica, en el cual participaron todos los jefes de servicio empleando la metodología y formatos señalados en el manual respectivo antes citado. Ello se realizó en reuniones específicas para dicho fin.

Para el análisis de puestos se revisaron los Programas Generales de diferentes categorías de la clínica, los cuales están avalados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Tomando como base los perfiles de puesto de las categorías, se procedió a revisar los conocimientos, habilidades y las actitudes que requieren los puestos; de la misma manera, permitió fundamentar los contenidos temáticos en los cursos de capacitación.

Después de examinar los perfiles de puesto, se procedió a realizar una medición de la calidad en los servicios que presta la unidad médica (pretest); mediante la aplicación del instrumento denominado Medida de Satisfacción del Derechohabiente (anexo 1), el cual evalúa 15 servicios de la clínica a partir de cuatro indicadores. Durante un mes se aplicaron, de manera aleatoria, 168 encuestas a los derechohabientes adscritos a la clínica 35; 98 en el turno matutino y 70 en el vespertino. Con la información obtenida de las encuestas, se comparó la situación real con la idónea, a partir de ello se detectaron necesidades de capacitación, además se determinaron prioridades, se hizo la jerarquización de los servicios así como de las personas a capacitar.

Posteriormente, se procedió a realizar la programación de los cursos y eventos de capacitación con los jefes de servicio de la clínica en reuniones de trabajo. Tal programación quedó asentada en minutas de trabajo, las cuales se realizaban en cada reunión del Comité de Capacitación y Adiestramiento. Lo anterior, considerando el calendario civil, los locales disponibles, la disponibilidad de los asistentes y de los instructores.

Respecto a las políticas y normas institucionales, éstas guiaban en buena medida el desarrollo del programa de capacitación, las cuales se hacían del conocimiento de los jefes de servicio y los representantes sindicales cuando así se consideraba pertinente.

Los presupuestos por los gastos que generaron los cursos, fueron solventados por la Oficina de Capacitación y Desarrollo de la Delegación 2 Noreste, por la Administración de la unidad y, en ocasiones por el autor de este trabajo.

Por otra parte se determinaron como medios de evaluación los siguientes: para los cursos de capacitación, la evaluación del aprendizaje formativo y la evaluación de la reacción; para los proyectos de mejora continua, el grado de cumplimiento de las metas establecidas y para la calidad en los servicios, las encuestas de satisfacción del derechohabiente. La evaluación implicó flexibilidad, es decir, al ejecutar las acciones planeadas, éstas aportaron datos que permitieron tomar decisiones para hacer ajustes a los cursos, materiales y/o actividades, así como la actuación de los instructores.

DISEÑO Y PRODUCCION

Considerando el subsistema de planeación anterior, se procedió a diseñar los cursos de capacitación así como a diseñar proyectos de mejora continua por parte de los jefes de servicio, los cuales fueron asesorados por los coordinadores del programa de capacitación de la clínica en aspectos técnicos y metodológicos.

A continuación, se desarrollaron las cartas descriptivas de los diferentes cursos de capacitación al igual que los proyectos de mejora continua.

Es menester señalar que en el desarrollo de las cartas descriptivas de los cursos de capacitación, se consideraron los contenidos y actividades de los Programas Institucionales: Integración a la misión Institucional y atención y trato al público, los cuales pertenecen al programa de capacitación en el puesto. Así como los cursos de desarrollo de la efectividad, relaciones interpersonales y relaciones interdepartamentales, los cuales pertenecen al programa de desarrollo directivo (IMSS, 1990).

Con un sistema modular y autónomo se marcó la secuencia lógica de los cursos. Se consideraron los instructores internos para el desarrollo de los cursos y su impartición. Al

desarrollar las cartas descriptivas, se consideraron todos los elementos en su realización, como: temas y subtemas; objetivos, técnicas, materiales y apoyos didácticos; etc. La estructura del programa de cursos se determinó de la siguiente manera:

Nombre del curso: Relaciones humanas

Dirigido a: Areas de servicio "críticos" que señalan los derechohabientes de mala atención, así como la participación de otros servicios de la clínica.

Número de asistentes: Mínimo 10 Máximo 20.

Horas y días: 14 horas en 2 días.

Nombre del curso: Psicología del liderazgo

Dirigido a: Jefes de servicio de la clínica.

Número de asistentes: Mínimo 10 Máximo 15.

Horas y días: 14 horas en 2 días.

Nombre del curso: Misión institucional

Dirigido a: Personal de base que no haya tomado dicho curso con anterioridad, y/o que a criterio del jefe de servicio requiera mejorar su sentido de pertenencia al Instituto.

Número de asistentes: Mínimo 10 Máximo 15.

Horas y días: 10 horas en 5 días.

Nombre del curso: Procesos psicológicos de la motivación

Dirigido a: Jefes de servicio de la clínica.

Número de asistentes: Mínimo 10 Máximo 15.

Horas y días: 14 horas en 2 días.

Nombre del curso: Calidad de la atención a la salud

Dirigido a: todo el personal de base de la unidad.

Número de asistentes: mínimo 15 Máximo 25.

Horas y días: 10 horas en 5 días.

Las sedes de los cursos fueron los espacios destinados para ello: bibliohemeroteca, auditorio y un aula de la clínica 35, los cuales contaron con iluminación mobiliario y espacios adecuados para las actividades diseñadas.

En relación a los instructores, el autor de esta tesis impartió los cursos de relaciones humanas, Psicología del liderazgo y procesos psicológicos de la motivación. Los cursos de calidad de la atención a la salud, se impartieron en colaboración con dos instructores del servicio de enseñanza e investigación de la clínica. El curso de Misión institucional se impartió en colaboración con una instructora de la clínica.

Referente al desarrollo de Proyectos de Mejora Continua, debe mencionarse que para el mejor desempeño del puesto de trabajo del personal, se involucró a los jefes de servicio para que éstos planearan y adiestraran a su personal respecto de los procesos y actividades necesarias para mejorar sus respectivos servicios. Para ello se planearon y diseñaron Proyectos de Mejora Continua los cuales, ya revisados y aceptados, se registraron ante la Sede Delegacional para que de manera trimestral, los jefes de servicio entregaran un informe acerca del avance de dichos proyectos; al terminar el programa, se solicitó un informe final de dichos proyectos.

PROMOCION Y EJECUCION

La promoción de las actividades planeadas, se difundió de manera formal y oportuna a los jefes de servicio en juntas de trabajo todos los lunes, los cuales quedaban asentados en una minuta de trabajo y por vía escrita (memorándums), dirigidos a los jefes de servicio y firmados por el director de la clínica, en donde se señalaban los cursos, las fechas y horarios correspondientes. También se emplearon mecanismos informales como la comunicación verbal con los jefes de servicio sobre las actividades a desarrollarse.

Por otra parte, se utilizaron medios gráficos (carteles, y trípticos) para el personal. Por esos medios se comunicaban los nombres de los cursos, temas, fechas, duración, horarios,

instructor(es) y servicios que participarían. Los carteles y trípticos se colocaron en una vitrina ubicada en un lugar estratégico y visible para todo el personal (cerca del reloj para checar).

La coordinación de los eventos planeados implicó prever aulas, refrigerios, materiales, equipos, constancias, etc.; además de llevar a cabo el control administrativo como listas de asistencia, llenado de formatos, hojas de control e informes mensuales.

En relación a los proyectos de mejora, éstos se llevaron a cabo una vez cubiertos los requisitos, el jefe de servicio sería el facilitador del proyecto y el personal el responsable de dicho proyecto, ya que ellos mismos lo ejecutarían. Dentro de los proyectos se consideraron actividades de adiestramiento que serían impartidas por los jefes de servicio.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

La evaluación del programa de capacitación se planeó en dos dimensiones: la microevaluación y la macroevaluación.

En la microevaluación, se consideró como forma de evaluación del aprendizaje, la evaluación formativa, es decir se llevó a cabo durante el desarrollo de los cursos; para ello, se debieron seguir los principios del aprendizaje descritos en el Capítulo 2 (en particular el principio de control de refuerzos y el principio de evaluación sistemática). Por otra parte, también se consideró evaluar la reacción de los asistentes al término de cada curso, primero preguntando de manera directa la opinión del curso y del instructor, posteriormente se les pedía que anotaran en un formato o en una hoja, de manera anónima, cómo evaluarían el curso, su objetivo y al instructor.

Cabe mencionar que fuera de las aulas se preguntaba a los que habían asistido a los cursos, sus sugerencias y comentarios que permitieran mejorar el curso y al instructor, lo que influyó en la toma de decisiones, ya que permitía hacer ajustes o cambios a los temas, actividades, técnicas, objetivos y sobre todo al desempeño del (los) instructor(es).

En relación a los proyectos de mejora continua, los jefes de servicio entregaban cada tres meses un informe del avance de sus actividades; concluidos los cursos de capacitación programados, se solicitó a los jefes una gráfica de resultados de sus proyectos.

La macroevaluación implicó determinar la influencia del programa de capacitación en la calidad en los servicios que presta la Clínica. Para esto, se realizó una segunda medición de la satisfacción de los derechohabientes (postest), aplicando aleatoriamente y de manera accidental 156 encuestas durante un mes a los derechohabientes que asistieron a la clínica, mediante el instrumento empleado en el pretest; 89 encuestas en el turno matutino y 67 en el vespertino.

La continuación de otro ciclo en el proceso de capacitación sistemática, requería dar seguimiento a los resultados obtenidos de este programa. Esto implicaría continuar implementando acciones que permitieran responder a las necesidades de capacitación manifiestas y encubiertas detectadas tras la implantación de este programa de capacitación y como resultado de un nuevo proceso de planeación. Serían los entrantes coordinadores de capacitación quienes tendrían esta tarea, ya que las políticas institucionales no permitían continuar más de un año a los pasantes de nivel licenciatura.

Instrumentos: Instrumento denominado Medida de Satisfacción del Derechohabiente (Anexo 1) y Evaluación del Curso e Instructor (Anexo 6).

Materiales: Apoyos didácticos (Pizarrón, gises, borrador, hojas de rotafolio, proyector de acetatos, proyector de cuerpos opacos, proyector de diapositivas), materiales didácticos como papelería impresa para los participantes; artículos de oficina como plumas, marcadores, cinta adhesiva, hojas blancas. Varios, como paliacates, popotes, grabadora, cassettes. Cartas descriptivas de los diferentes cursos de capacitación. Material bibliográfico de donde se extrajeron las actividades y tópicos de los cursos.

Análisis de resultados: Los resultados obtenidos se analizaron a partir de los siguientes indicadores:

1. Resultados de la evaluación de la reacción (del curso, de su objetivo y del instructor) se haría a través de un instrumento establecido para ello (Anexo 6), considerando las observaciones, críticas y sugerencias que realizaban los asistentes en el apartado final de dicho formato.
2. Resultados de los Proyectos de Mejora Continua, a partir de los avances y cumplimiento de las metas y/u objetivos establecidos en dichos proyectos por los jefes de servicio, los cuales se hacían de manera trimestral y al término del programa se realizó una gráfica de resultados.
3. Con los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción del derechohabiente, aplicando el instrumento respectivo, se realizó un análisis estadístico empleando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences) mediante la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney Wilcoxon, para dos muestras independientes (pre y postest) y con una significancia de 0.05.

Se empleó ésta prueba estadística ya que:

- Cuando se ha logrado por lo menos una medida ordinal, la Prueba U de Mann-Whitney puede usarse cuando se desea comparar dos muestras, para determinar si pertenecen a una misma población y se da de hecho que éstas son independientes.
- Para dos muestras de diferente tamaño.
- La U de Mann-Whitney es una de las pruebas no paramétricas más poderosas (95 % de eficiencia) puesto que utiliza la mayor parte de la información cuantitativa inherente a los datos y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica t , cuando el investigador desea evitar la hipótesis de la equivalente paramétrica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- La prueba de Wilcoxon fué construida con el mismo esquema, para muestras independientes.
- La prueba del rango con signo de Wilcoxon tiene una eficiencia relativa de 0.955 respecto de la t .
- La prueba está basada en rangos, se toma la dirección (el sentido) de la diferencia entre los elementos de cada caso, pareja u observación pareada y además se considera la magnitud de dicha diferencia.

(Runyon y Haber, 1984; Siegel, 1990; Castillo, 1994).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se describen a continuación siguiendo los subsistemas de capacitación:

PLANEACION

Los resultados de los diagnósticos situacionales que elaboraron los jefes de servicio, se sintetizan en el apartado de análisis y jerarquización de la problemática y/o en las conclusiones a las que llegaron. En dichos apartados, se analizan y concluyen distintas situaciones; ya que mientras algunos se manifestaban de manera explícita (Ver anexo 4-A), otros lo hacían de manera implícita (Ver anexo 4-B).

A pesar de ello, al hacer un análisis general de los diagnósticos, tomando la jerarquización de la problemática y las conclusiones de dichos diagnósticos, se determinaron las problemáticas que más afectaban el funcionamiento de los servicios. La información contenida en ellos pudo sintetizar las problemáticas en cuatro aspectos principales:

- Falta de dotaciones (abasto) y equipo
- Falta de cobertura de plazas
- Ausentismo no programado y programado
- Liderazgo.

El diagnóstico situacional de la clínica concluye "...sin embargo y pese a lo anterior, el personal logra otorgar los servicios buscando algunos mecanismos para minimizar las problemáticas anteriores."

Después de realizar el diagnóstico situacional de la clínica, se procedió a elaborar el diagnóstico organizacional de la misma.

El resultado general de este diagnóstico, el cual fue realizado con los jefes de servicio, se representa en una gráfica (Ver Anexo 5), en la cual se observa que las variables ambiente social de trabajo y la estructura técnico administrativo así como el ambiente físico de trabajo, presentan una ALTA criticidad cuya solución requiere ser a corto plazo. La influencia de factores externos presentaba una criticidad MEDIANA cuyo plazo para solución era igual: mediano. La variable realización del trabajo presentó una criticidad MINIMA cuya solución requería ser a largo plazo.

En relación al análisis de puestos, se revisaron los programas generales de las siguientes categorías: asistente médica, coordinador de asistente médica, auxiliar de enfermería, auxiliar de laboratorio, ayudante de farmacia, oficial de farmacia, coordinador de farmacia, mensajero, chofer, auxiliar universal de oficina, coordinador de estadística, oficial de estadística, oficial de personal, oficial de servicios técnicos, coordinador de servicios técnicos, oficial de servicios de intendencia, auxiliar de servicios de intendencia, oficial de almacén, técnico polivalente, técnico electricista y técnico plomero.

Los resultados de esta revisión se integran a partir de tres áreas:

- Conocimientos: Ley del seguro social, contrato colectivo de trabajo y los propios de cada categoría
- Habilidades: Propias de la función de su categoría y puesto. Las actividades a realizar por el personal de cada categoría, se encuentran descritas en la sección de Profesiogramas del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS.
- Actitudes: Responsable, disciplinado, honesto, puntual, amable, respetuoso, servicial, cuidadoso, cooperador, participativo, activo, creativo y discreto.

Con la aplicación de las 168 encuestas (pretest) al usuario, se obtuvieron datos que servirían en la toma de decisiones, Cuadro 1. Por una parte, se determinó el nivel de satisfacción del derechohabiente y por otra, evidenció aquellos servicios que dieron buen servicio, los que dieron mal servicio y los servicios con mayor tiempo de espera:

SITUACION	SERVICIOS	FRECUENCIA
Proporcionaron buen servicio	Medicina familiar	42
	Trabajo social	20
	Laboratorio	12
	Medicina preventiva	10
Proporcionaron mal servicio	Asistentes médicos	20
	Archivo clínico	18
	Medicina familiar	10
	Dental	9
Mayor tiempo de espera	Archivo clínico	4 hrs.
	Dental	3 hrs.
	Médico familiar	3 hrs.
	Rayos X	2 hrs.

DISEÑO Y PRODUCCION

Como resultado de la planeación, se desarrolló el programa de capacitación, el cual contiene lo siguiente:

Título: PROGRAMA DE CAPACITACION "Cambiar para mejorar"

Objetivo del programa: Determinar el incremento de la calidad en los servicios que presta la Unidad de Medicina Familiar No. 35 del I.M.S.S., con la implantación de un programa de capacitación.

Misión de la Clínica 35: Brindar servicios de salud con calidad y calidez.

Participantes del programa: Todo el personal de base y confianza de la UMF-35.

Coordinadores del programa: Directora de la Clínica
Jefes de enseñanza
Psicólogo

Acciones: Evaluar la calidad en los servicios de manera periódica

Desarrollar e impartir cursos de capacitación

Diseñar y llevar a cabo proyectos de mejora continua

Evaluar las 2 acciones anteriores

Los cursos de capacitación que se impartieron, eran dirigidos por guías flexibles que se ajustaban a las necesidades concretas de cada grupo y/o instructor en particular. Las cartas descriptivas desarrolladas se encuentran en el Anexo 2.

En relación a los proyectos de mejora continua, éstos fueron, desarrollados, ejecutados y evaluados por los jefes de servicio, quienes recibieron asesoría y orientación por parte de los coordinadores del programa. De esta manera, los proyectos de mejora constituyen actividades consideradas dentro del programa de capacitación pero son actividades que no están dentro de la responsabilidad de los coordinadores del programa. Algunos puntos que contienen los proyectos de mejora de la clínica, se resumen o sintetizan en el Anexo 3, con sus respectivas gráficas de resultados.

PROMOCION Y EJECUCION

El programa se llevó a cabo durante 8 meses a partir de un calendario de cursos y actividades de capacitación, cada una de las cuales se llevaron a cabo debido al compromiso asumido por todos los jefes de servicio de la Clínica.

Por otra parte, en el Cuadro 2 se describen los nombres, el número de cursos, el número de participantes y la duración de cada uno de ellos:

Nombre del curso	Número de cursos	Participantes por curso	Duración por curso (horas)
Relaciones humanas	5	21, 24, 16, 10, 18 =89	14 (X 5= 70)
Misión Institucional	4	11, 11, 11, 25 =58	10 (X 4= 40)
Calidad en la atención a la salud	12	18, 24, 35, 24, 13, 19 33, 30, 29, 23, 32, 30 =310	10 (X12= 120)
Psicología del liderazgo	1	10	14
Procesos psicológicos de la motivación	1	11	14
Total	23 Cursos	478 Personas	258 Horas

EVALUACION

Con la aplicación de las 156 encuestas al derechohabiente durante un mes al término de un ciclo del proceso de capacitación, se obtuvieron los resultados los cuales se compararon con los resultados del Cuadro 1. Los resultados de la aplicación del postest, los cuales enuncian los servicios que dieron buen servicio, los que proporcionaron mal servicio y aquellos con mayor tiempo de espera se presentan en el Cuadro 3:

SITUACION	SERVICIOS	FRECUENCIA
Proporcionaron buen servicio	Medicina familiar	41
	Todos	34
	Trabajo social	17
	Medicina preventiva	10
Proporcionaron mal servicio	Archivo clínico	20
	Dental	12
	Asistentes médicos	9
	Medicina familiar	7
Mayor tiempo de espera	Archivo clínico	2 hrs.
	Medicina familiar	3 hrs.
	Dental	3 hrs.

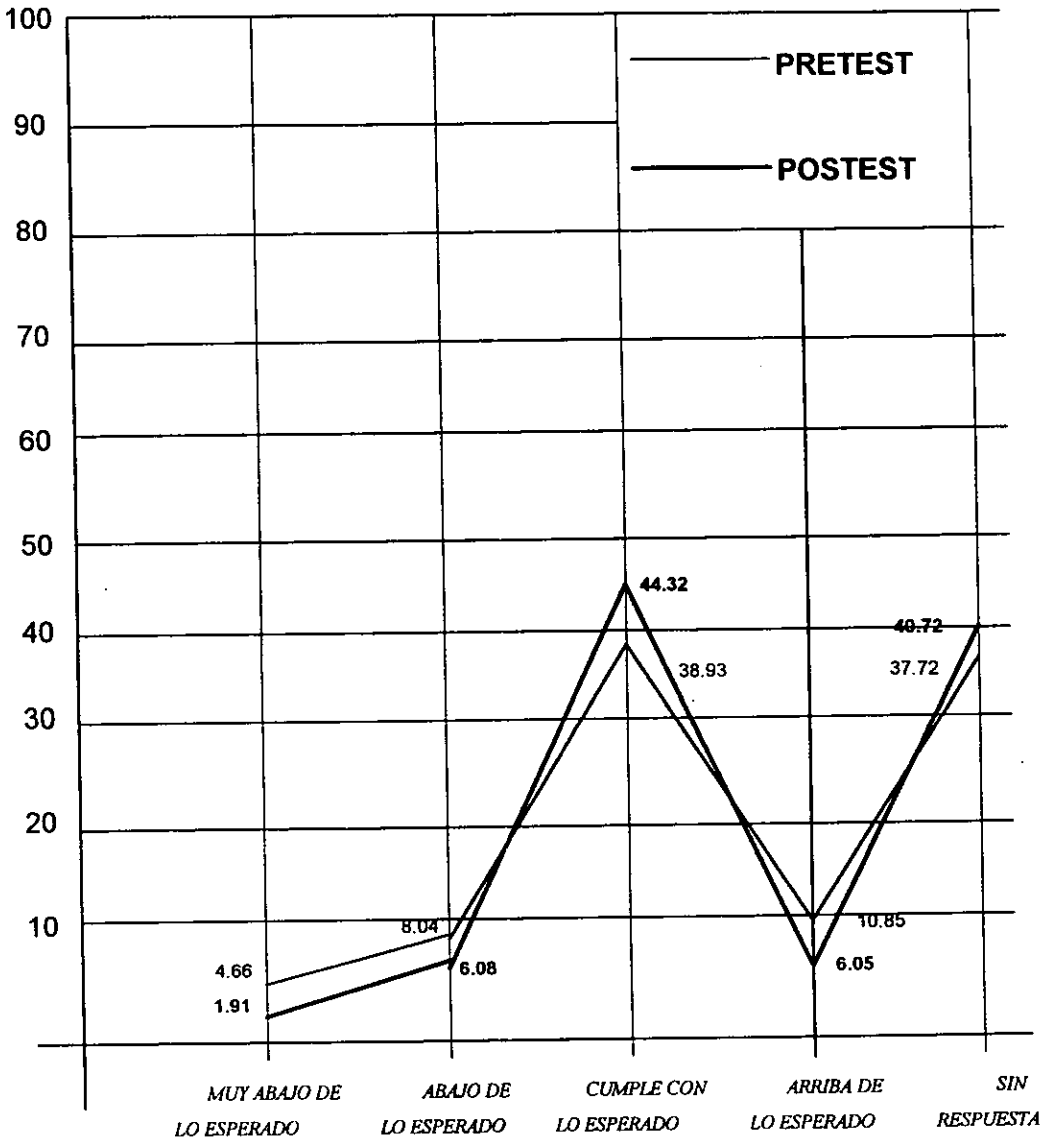
En el Cuadro 4, se observa la evaluación de la reacción de los participantes, en los diferentes cursos impartidos: Evaluación del objetivo, evaluación del curso y evaluación del instructor:

Nombre del curso de capacitación	Cumplimiento del objetivo	Evaluación del curso	Evaluación del instructor
<i>Relaciones Humanas</i>	90 %	95 %	98 %
<i>Integración a la Misión Institucional.</i>	88 %	90 %	93 %
<i>Calidad en la atención a la salud</i>	85 %	85 %	87 %
<i>Psicología del liderazgo</i>	87 %	90 %	95 %
<i>Procesos psicológicos de la Motivación</i>	90 %	90 %	95 %
TOTAL	88 %	90 %	93.6 %

El Cuadro 5 muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística por servicio, a través de las medias del pretest y del postest, su significancia y el porcentaje de sujetos que no contestaron o que no evaluaron el servicio:

SERVICIO	MEDIA PRETEST	MEDIA POSTEST	SIGNIFICANCIA	(%) SIN RESPUESTA (pretest/Postest)
Archivo clínico	121.48	143.26	0.0078	19.0 / 10.6
Asistente Médico	133.70	149.99	0.0464	12.5 / 4.9
Curaciones	70.59	88.21	0.0058	46.4 / 45.7
Dental	74.87	89.47	0.0589	42.9 / 47.3
Dietología	48.73	50.67	0.6610	64.8 / 72.5*
Farmacia	144.20	142.75	0.8492	11.9 / 2.8
Laboratorio	124.96	115.73	0.1817	26.2 / 18.3
Médico familiar	<u>143.18</u>	<u>150.31</u>	0.3775	7.1 / 4.2
Medicina Preventiva	<u>93.05</u>	<u>98.34</u>	0.3774	39.2 / 38.0
Medicina del Trabajo	54.29	50.62	0.4664	59.5 / 73.9*
Módulo de Información	80.53	81.79	0.8260	50.5 / 57.0*
Planificación Familiar	65.93	59.13	0.2163	51.8 / 68.3*
Rayos X	89.55	87.33	0.7323	44.6 / 41.5
Reservación Telefónica	37.25	38.32	0.8475	66.1 / 88.0*
Trabajo Social	95.60	114.35	0.0053	30.4 / 33.8

En la Gráfica 1 se observa la distribución de las frecuencias de las 4 variables, tanto del pretest como del postest, y el porcentaje sin contestar:



GRAFICA 1

ANALISIS DE RESULTADOS

Con los resultados obtenidos por la aplicación del instrumento a los usuarios (Anexo 1), se puede señalar lo siguiente:

La comparación de los resultados del Cuadro 1 y 3, permite observar la diferencias entre ellas:

-- Según los usuarios, proporcionaron buen servicio -en el postest- : medicina familiar (41), "todos" los servicios (34), trabajo social (17) y medicina preventiva (10). Se observa que en comparación con el pretest no se encuentra laboratorio; pero se encuentra con que "todos" dieron buen servicio (en una frecuencia de 34), lo que podría implica una mejora en los servicios de la clínica.

-- Los usuarios reportaron que recibieron mal servicio -en el postest- de: archivo clínico (aumentó en 2, en comparación con el pretest), Dental (aumentó en 3, en comparación con el pretest), asistentes médicos (disminuyó en 11, en comparación con el pretest) y medicina familiar (disminuyó en 3, en comparación con el pretest). Sobresale el servicio de asistentes médicos cuya frecuencia de proporcionar un mal servicio disminuyó de manera importante.

-- El mayor tiempo de espera que reportaron los usuarios, fueron de los siguientes servicios (en el postest): Archivo clínico (disminuyó en 2 horas, en comparación con el pretest), médico familiar (se mantuvo igual, en comparación con el pretest) y dental (se mantuvo igual, en comparación con el pretest). Es de considerarse el decremento de tiempo de espera del usuario, en el servicio de Archivo clínico al encuestarlos.

Puede observarse en el Cuadro 5 que:

- Los servicios en los que se observan diferencias estadísticamente significativas (menor o igual a 0.05) son: Archivo Clínico, Asistentes Médicos, Curaciones, Dental y Trabajo Social.

- Los servicios en los cuales hubo un incremento en las medias del postest, en comparación con el pretest, pero que no fueron estadísticamente significativos fueron: Médico Familiar y Medicina Preventiva.
- Los servicios en los que no se encontraron diferencias estadísticas y tuvieron un alto porcentaje sin respuestas fueron: Dietología, Medicina del Trabajo, Módulo de Información, Planificación Familiar y Reservación Telefónica.
- Servicios en los que se observa un decremento de las medias del postest en comparación con el pretest fueron: laboratorio, planificación familiar y medicina del trabajo.

Un factor importante que influyó en los resultados de las evaluaciones a los usuarios (pre y postest), fue el porcentaje de sujetos que no evaluaron todos los servicios, que de haberlo hecho, la distribución de este porcentaje en las cuatro variables estudiadas, indicaría el efecto del programa de capacitación en la satisfacción del derechohabiente. Sin embargo, se puede observar en el Cuadro 5, que los cinco servicios que presentaron un alto porcentaje sin respuesta en el pretest, presentan un porcentaje aún mayor sin respuesta en el postest. Lo anterior podría indicar que dichos servicios no son muy solicitados o por lo menos, a quienes se encuestaron no hicieron uso de dichos servicios. También en la gráfica 1 se puede observar de manera general, que el porcentaje sin respuesta fue de 37 y 40 en el pre y post respectivamente.

Servicios como laboratorio, farmacia o rayos X en los que el abasto de los recursos constituyen elementos críticos en la prestación de dichos servicios (y no sólo ellos), presentan una disminución de puntajes post (Cuadro 5); ellos se consideran inherentes a la problemática que en general atraviesa el IMSS y en donde se requieren tomar medidas inmediatas para garantizar los insumos necesarios (medicamentos, materiales, equipos, etc.), inclusive en los demás servicios de la clínica.

Como se puede observar en la Gráfica 1, los porcentajes en las variables Muy abajo de lo esperado y Abajo de lo esperado disminuyeron en el postest, en comparación con el pretest, además en la variable Cumple con lo esperado incrementó el porcentaje del postest (en comparación al pretest), lo cual puede indicar una disminución de la insatisfacción del

derechohabiente y un incremento en la satisfacción del mismo. Sin embargo, en la misma gráfica, en la variable Arriba de lo esperado se observa un decremento en el porcentaje del postest, comparado con el pretest.

Por otra parte, en los resultados obtenidos en el cuadro 2, los porcentajes de la evaluación de la reacción en los diferentes cursos, tuvo una variación manifiesta. Algunas observaciones al margen de dichos resultados serían las siguientes:

- En los cursos de Relaciones Humanas se obtuvieron los porcentajes más altos, los comentarios hechos por los asistentes señalaban que se impartiera ese curso a todo el personal; su impacto cualitativo se reflejó en los agradecimientos, comentarios y reflexiones que de manera personal hicieron, así como sobre el desempeño positivo del instructor.
- En los cursos de Misión Institucional, hubo disminuciones de porcentajes; dado que el objetivo del curso implicaba "compromiso institucional", los asistentes manifestaron que si bien el objetivo es importante, existen algunas circunstancias políticas y culturales que limitan cumplir tal objetivo, entre ellas: el papel de la dirección, de los delegados sindicales, falta de recursos y materiales, salarios no adecuados, etc. Por otro lado, la mayoría de los asistentes mencionaron la importancia de conocer los temas abarcados en el curso y proponer alternativas para su solución.
- En los cursos de calidad en la atención a la salud, cuyos porcentajes fueron menores aún, se presentó una situación parecida a las limitantes expresadas anteriormente para el logro del objetivo; cabría agregar que en estos cursos los grupos eran más heterogéneos y numerosos; fueron impartidos por tres instructores con estilos distintos, además que éstos cursos se llevaron a cabo de manera simultánea en los dos turnos (matutino y vespertino), por ello la evaluación del curso e instructor fue muy variable.
- El curso de Psicología del liderazgo, aunque obtuvo un porcentaje menor en el objetivo del curso, la evaluación del instructor y del curso fue mayor. Lo anterior debido a que los participantes mencionaban algunas limitantes en el cumplimiento del objetivo, entre ellas: la actitud de algunos trabajadores en recurrir al delegado sindical cuando 'algo no conviene a

sus intereses', o el ausentismo no programado y programado que propicia condiciones de carga de trabajo por no haber cobertura de plazas.

- El curso de Procesos Psicológicos de la Motivación, obtuvo porcentajes adecuados. Este curso complementaria y daría seguimiento al curso anterior de liderazgo. Las observaciones y comentarios al curso e instructor, fueron positivos y alentadores.

En lo que respecta a los diagnósticos realizados por los jefes de servicio (situacional y organizacional), se puede señalar que los resultados obtenidos permitieron conocer aspectos que influyeron en la clínica y, por ende, en la calidad en los servicios. Y aunque los procedimientos empleados para su elaboración y análisis presentaron algunos inconvenientes , tales diagnósticos tuvieron la utilidad de complementar la información obtenida de las encuestas aplicadas con el instrumento.

En relación a los proyectos de mejora continua, puede señalarse que el involucrar a los jefes de servicio en el programa de capacitación, permitió crear las condiciones necesarias para que ese se desarrollara de manera descendente. Además de que en cada proyecto se precisaron actividades que permitieran mejorar de manera técnica y/o logística el funcionamiento de los servicios, ello tenía más implicaciones a mediano y a largo plazo, ya que permitiría dar continuidad y seguimiento al programa de capacitación, toda vez que se lograra el compromiso de los jefes de servicio. Ello, considerando que anterior a la implantación del programa de capacitación en la clínica, no se desarrollaban tales proyectos.

En términos generales, los proyectos se desarrollaron y aplicaron conforme a lo planeado; aunque hubieron limitantes que influyeron en el logro de las metas u objetivos previstos. las cuales fueron las siguientes:

Enfermería: Las dotaciones fijas han sido determinadas en el 80% de los servicios.

Medicina preventiva: Dificultad para realizar las actividades del programa en el turno vespertino, por falta de enlace que condicionó que la capacitación en dicho turno no fuera la esperada; ello provocado por ausentismo no programado.

Departamento clínico: Resistencia del personal médico para la elaboración de notas médicas que incluyan todos los parámetros indicados; así como los esquemas terapéuticos sugeridos. Algunos argumentos fueron: "exceso de consulta", "no toman en cuenta nuestra experiencia", "los resultados de laboratorio tardan mucho", "si omito el uso de antimicrobianos y surge alguna complicación, me puede acarrear problemas con el paciente (médico-legales)".

Laboratorio: En el turno vespertino no es continua la entrega de resultados y citas, ya que el personal de ese turno (por ser delegado sindical), con frecuencia tiene que salir antes de su hora de salida o llega tarde por realizar actividades propias de su cargo. Debido a ello, el servicio recae en personas que desconocen los mecanismos y políticas de laboratorio.

Asistentes médicas: Periodos vacacionales de las operadoras del conmutador, sin que sean cubiertas esas plazas. Depuración de expedientes durante un mes a todos los consultorios.

Radiodiagnóstico: Paro de labores por descompostura de los aparatos de rayos X incluyendo el dental; lo que provocó que los estudios se difirieran y otros se canalizaran a otras unidades para la toma de placas.

Trabajo social: Falta de participación de los diferentes servicios. No todos los médicos familiares, quieren participar como ponentes en los grupos educativos de los programas prioritarios.

Fomento de la salud: El médico del turno vespertino no realizó la identificación de factores de riesgo, ya que realiza actividades de consulta externa. Falta de recursos materiales.

Administración-Control de prestaciones: Ausentismo del jefe de servicio (incapacidad prolongada). Cambios a la plantilla en el servicio. Falta de cobertura de plazas.

Contabilidad: Inestabilidad de un integrante del servicio que pertenecía a otro servicio y tuvo que regresar a él, influyendo en la dinámica del equipo.

Personal: Modificaciones a los procedimientos de algunas de las actividades que competen al servicio.

A.R.I.M.A.C.: Carencias (dificultades) en los programas de computación (no aparecen pensionados, prórrogas de servicios médicos o cambios de clínica. Dependencia de otras categorías y áreas en la elaboración del expediente clínico

Conservación: Se agotó el recurso económico.

Servicios básicos: Eventual ausentismo no programado de personal.

Es menester señalar que a pesar de las limitantes anteriores, cada uno de los jefes de servicio propuso en sus respectivos proyectos, propuestas y alternativas de solución, las cuales deberían ser consideradas en el seguimiento y continuación del programa de capacitación.

INTERPRETACION

La clase de relación de teoría e investigación, es de contribuciones mutuas. La teoría puede apuntar hacia áreas en que la investigación promete ser fructífera, puede resumir los resultados de un número de estudios determinados, y puede proporcionar una base para la explicación y predicción. Los resultados de la investigación, por otro lado, pueden comprobar teorías que ya han sido elaboradas, pueden aclarar conceptos teóricos, y pueden sugerir formulaciones teóricas nuevas.

En ese sentido, el presente trabajo evidenció la congruencia entre el marco teórico y los resultados obtenidos, demostrando que:

- La calidad se planea, pero se produce en el momento en que se hace uso del servicio. Considerando que la calidad en los servicios es el grado de mejoramiento que se establece en forma previa para satisfacer al cliente a través de un conjunto de prestaciones, así como los subsistemas del proceso de capacitación: planeación, diseño, ejecución y evaluación.
- La calidad en el servicio está determinada en gran medida por actitudes y comportamientos de individuos. Por ello, la Psicología desempeña un papel importante en el desarrollo de las organizaciones.
- La calidad en el servicio existe o no existe; es decir, no hay intermedio. Puede ser buena o mala, inclusive puede determinarse qué tan buena o qué tan mala como en el caso del presente instrumento: muy abajo de lo esperado, abajo de lo esperado, cumple con lo esperado, arriba de lo esperado.
- El incremento de la calidad atraviesa por diversas etapas; es decir, la calidad no es definitiva, es un proceso continuo. Por eso, se debe medir de manera periódica y permanente la satisfacción de los usuarios a los servicios.

- Todos los trabajadores deben estar involucrados. El procedimiento para implantar un programa de capacitación implica iniciar y continuar con los directivos, y de manera descendente.
- Un enfoque sistemático implica la evaluación constante en el sistema de capacitación y en el proceso instruccional, como mecanismos de retroalimentación.
- El estudio que realizó la Delegación 2 Noreste del IMSS, permitió conocer las sugerencias por parte de los derechohabientes, las cuales consistieron en la necesidad de mejorar la atención y el trato al derechohabiente (50%), respetar el tiempo del usuario (20%) y ampliar la capacidad física y humana para mejorar la atención a la salud. La encuesta de la organización "Gallup" encontró que la conducta y actitudes del empleado son el mayor determinante en la calidad en los servicios. De ésta manera, los clientes no tiene dificultad alguna para identificar las características de no calidad en las personas que prestan los servicios.
- Se puede considerar un programa de capacitación como un elemento que permite el Desarrollo Organizacional (D.O.), ya que éste consiste en la aplicación de las ciencias del comportamiento a los problemas de la organización a través de programas de cambio planificados. Las características que requiere el D.O. para que sea eficaz, concuerdan con las que requiere la implantación de un programa de capacitación para incrementar la calidad en los servicios:
 - Compromiso de la dirección.
 - Participación de todos los miembros de la organización.
 - No puede existir coacción y las circunstancias del entorno tendrán valor predominante en éstos procesos.
 - Los valores intrínsecos del trabajo, deben ser fomentados.
 - Todo esfuerzo debe ser guiado.

De igual modo comparten, tanto el D.O. como la capacitación, las fases o procedimientos para su desarrollo: Investigación y diagnóstico, planificación de acciones, desarrollo de recursos humanos, ejecución (aplicación) y evaluación y seguimiento.

CONCLUSIONES

Si se guía únicamente por los números que arrojaron los resultados, la conclusión estadística podría rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, a partir del incremento estadísticamente significativo en cinco servicios de la Clínica, lo que podría señalar que sí existen diferencias estadísticas en las dos muestras de los usuarios (pre-postest) al evaluar la calidad en los servicios, si se implanta un programa de capacitación.

Sin embargo, esto puede ser cuestionable. La hipótesis planteada en el presente trabajo: "Al aplicar un programa de capacitación en una U.M.F., se incrementará la calidad en los servicios que otorga", no se puede aceptar. Tampoco se puede rechazar; es decir, no se tiene una evidencia suficiente que permita rechazar o aceptar tal hipótesis y por ende, responder al planteamiento del problema.

Se concluye lo anterior ya que se tienen elementos tanto en contra como a favor, las cuales se enuncian a continuación:

- Las muestras de la población usuaria a quienes se aplicó el instrumento, son diferentes; esto es, la muestra a la que se aplicó el instrumento al inicio del programa (pretest), es diferente a la que se aplicó el mismo instrumento al término del programa de capacitación (postest). Sin embargo, esto es propio de esta población ya que no se puede mantener o controlar a los usuarios de la primera muestra pretest, para que evalúen nuevamente la calidad en los servicios al término del programa (postest).
- El tiempo entre cada una de las mediciones (pre y postest) y la historia. Existen varios factores del medio ambiente distintos de la condición de tratamiento, que pueden afectar la ejecución de los sujetos en el postest. Cuanto mayor fuere el intervalo entre la medición pre y post, mayor la oportunidad para que factores extraños influyan sobre el postest. Al respecto cabe señalar que la implantación de un programa de capacitación como proceso para el desarrollo de la organización, atraviesa por diversas etapas (o subsistemas) y toma tiempo: "El cambio no es fácil de lograr, pues son múltiples las barreras que se producen,

especialmente aquellas que tienen origen en los patrones culturales y las actitudes de las personas.² "Un esfuerzo de mejora debe comenzar con un análisis, valoración y comprensión de la forma en que funcionará el proceso de mejora dentro del marco cultural existente; es decir, no se impondrá un cambio dramático de nuevos valores sino que se construirá dentro del marco cultural existente, para asegurar una implantación exitosa."³

- Los tamaños de muestra en las dos evaluaciones: 168 (pretest) y 156 (postest), fueron "reducidos" si se considera que el número de usuarios al mes en la clínica suman varios miles. Una desventaja de los estudios de campo son los problemas prácticos como los costos, el muestreo, tiempo y personal, los cuales se deben considerar en la planificación. En algunas circunstancias se puede contar con presupuesto, personal y cubrir los costos adicionales para llevar a cabo el estudio; en otras circunstancias, es preciso ajustarse al plan de tal forma que pueda ser realizado dentro de los recursos disponibles (Selltiz y cols., 1980). De ésta manera los recursos materiales, financieros y humanos que se emplearon fueron 'reducidos'; no así la disponibilidad para la implantación del programa.
- La naturaleza del tipo de investigación y el diseño empleado, implicaron necesariamente tener una validez interna más limitada y que el investigador no tuviera un control absoluto de las variables extrañas y concomitantes, porque ya habían acontecido sus manifestaciones o porque son intrínsecamente no manipulables. Así, la variable independiente puede confundirse con variables extrañas, por lo que no sabemos si un cambio en la variable dependiente se debe realmente a la variación de la variable independiente. Algunas variables que se pudieron presentar en este trabajo y que afectan al Instituto son:
 1. Los recursos institucionales, que influyen en el desabasto para los servicios de las unidades médicas.
 2. El ausentismo no programado y programado, falta de cobertura de plazas, así como la rotación de personal

² Gómez, E. (1991) "El control total de la calidad". Fondo Editorial Legis Colombia. Pag. 107.

³ Poirier, c; y Houser, W. (1994) "Alinzas empresariales para la mejora continua". Panorama editorial. México. Pag. 95.

3. La aparente "cultura laboral de servicio al líder sindical y no al cliente que paga".
 4. La actitud del derechohabiente y los diversos elementos que influyen en sus expectativas y experiencias al recibir el servicio.
- En otro sentido, el tipo de investigación y el diseño, como modelo de análisis e interpretación, consideraba:
 - Realizarse en ambientes naturales, en una situación y clima real, de tipo social.
 - Tener mayor validez externa
 - Producir observaciones en donde los sujetos son clasificados de acuerdo a ciertas características particulares que formula el investigador, es decir, no puede asignar aleatoriamente los sujetos a los grupos. Se parte de grupos previamente.
 - El campo es rico en cuanto a potencial de descubrimientos. Ofrece la posibilidad de obtener resultados científicamente válidos.

Los diseños cuasi-experimentales en particular los diseños de dos grupos, pese a sus limitaciones, son de mucha utilidad. Cuando las circunstancias impiden a los investigadores emplear un diseño experimental, los diseños cuasiexperimentales constituyen la mejor alternativa. Estos diseños pueden arrojar alguna luz sobre el asunto estudiado: se dice que tener alguna información aunque sea cuestionable, es mejor que no tener ninguna información (Zinzer, 1987). De esta manera, "para mejorar la sociedad se debe acumular tanto conocimiento de alto grado de probabilidad como se pueda, que sean congruentes con el esfuerzo razonable. Para dicho propósito se necesitan diseños cuasiexperimentales."⁴

- Por otra parte, se pueden considerar como elementos que permitieron la implantación del programa de capacitación, los siguientes:

⁴ McGuigan, F. (1996) "Psicología experimental". Prentice Hall Hispanoamericana, México. Pag. 258.

- Compromiso de la dirección e involucración de los jefes de servicio.
- Formación del Comité de capacitación y adiestramiento de la clínica.
- Políticas y normas contenidas en: Ley Federal del Trabajo, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS, Manual de Procedimientos del Sistema IMSS-Capacitación, Reglamento de Capacitación y Adiestramiento y Lineamientos para el Funcionamiento de los Comités de Capacitación.

—La eficiencia y eficacia de los cursos de capacitación depende en gran medida del instructor de capacitación (o coordinador), quién debe poseer un marco teórico y la experiencia necesaria que le permita responder a las exigencias que las circunstancias demanden. Ya que como señala Reza (1997), el éxito de un curso de capacitación, recae en un 80% en el instructor o facilitador

—El modelo cognitivo-conductual en la capacitación permite integrar los principios del aprendizaje, los cuales constituyen guías de los procesos por los que las personas aprenden de manera más eficiente; además de emplear las técnicas, materiales y medios didácticos de manera adecuada, así como las técnicas o dinámicas vivenciales en los cursos de capacitación.

Como se mencionó anteriormente, la Institución en la cual se implantó el programa de capacitación, a pesar de que existen muchas condiciones para su realización (normas y políticas), existen otras condiciones que influyeron indirectamente en el programa de capacitación (desabasto, sindicato, etc.).

Al respecto, cabría señalar aquellas implicaciones políticas, legislativas y sociales que pudiesen intervenir o influir en la seguridad social de nuestro país, entre las cuales se encuentran:

- La revisión periódica del Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS, respecto a derechos y obligaciones de los trabajadores, por ejemplo.

-- Las repercusiones de la Nueva Ley del Seguro Social, en la cobertura, las pensiones, el abasto y su "salud financiera" (nuevo esquema de financiamiento). Además, el discurso oficial señala que "la reforma a la Ley del Seguro Social, amplía la capacidad del Instituto para responder a las crecientes demandas de *calidad en los servicios*"⁵.

-- Las implicaciones de dicha ley, si consideramos que el derechohabiente tiene la opción de elegir al médico familiar o la unidad médica que prefiera. Las medidas de productividad de los servicios se podrían ver disminuidas en unas unidades y aumentados en otras.

-- La función que desempeñe la Comisión de Arbitraje Médico u otras instancias legales, al recibir quejas por maltrato en la atención y éstas procedan con carácter legal.

Por otra parte, es necesario mencionar que en principio los investigadores deberían rechazar las hipótesis que no sean sustentadas por los datos. Sin embargo, suele ocurrir que los investigadores sean 'renuentes' a abandonar las ideas que han desarrollado; las decisiones sobre los tipos de problemas, metodologías, hipótesis, materiales, incluso los procedimientos estadísticos que seleccionan los investigadores, están influidos por las preferencias personales del propio investigador, lo cual a su vez influye en la interpretación de los datos. "En efecto, los investigadores se ven más o menos seducidos por la tendencia a querer ver cumplidas sus propias predicciones"⁶.

La experiencia personal al desarrollar el presente trabajo, tuvo algo similar a lo anterior. Considerando la inversión de tiempo (dos turnos) y el desgaste físico y emocional en la ejecución de todos los cursos y actividades de capacitación. Sin embargo, las observaciones y cuestionamientos hechos por los sinodales y el asesor de éste trabajo, permitieron analizar los resultados de manera más objetiva.

Por ello es importante que otros investigadores evalúen los factores de confiabilidad y validez del estudio, pues su colaboración es quizás el mejor recurso con que cuentan los científicos para controlar la subjetividad en la ciencia y reducirla al mínimo (Zinzer, 1992).

⁵ La reforma del IMSS garantiza su permanencia; lo hará más moderno, eficiente y solidario": Ernesto Zedillo. En: Revista Parte de ti. Coordinación General de Comunicación social. I.M.S.S.. Año 4. Número 37. Septiembre de 1997. Reproducidos textualmente de su III Informe de Gobierno.

⁶ Zinzer, O. (1987) "Psicología experimental" McGraw-Hill. México. Pag.402.

Campbell y Stanley (1993) señalan que desde el punto de vista de su interpretación definitiva y del intento de adaptarlo al proceso evolutivo de la ciencia, todo experimento es imperfecto. Una lista de verificación de criterios de validez, puede lograr que el experimentador tenga más conciencia de las imperfecciones residuales que implica su diseño y de los puntos donde los resultados son aún equívocos.

Lo anterior implica que considerando los resultados obtenidos y los análisis derivados del presente trabajo, éste pueda denominarse como un estudio de campo explicativo. Un estudio de campo puede entenderse como una investigación científica y no experimental dirigido a descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales, o bien como un estudio científico, grande o pequeño que busque de manera sistemática las relaciones y las pruebas de hipótesis que no sean experimentales y que se lleven a cabo en situaciones de la vida como fábricas, organizaciones e instituciones (Kerlinger, 1994).

Considerando lo anterior, es necesario que el presente trabajo pueda ser replicado por otros investigadores y que se lleven a cabo investigaciones adicionales; con ello podrían evaluarse plenamente y corregirse las deficiencias de este estudio. Zinzer (1987) ha señalado que los resultados obtenidos con un diseño cuasiexperimental puedan ser útiles para orientar una futura investigación experimental sobre el problema estudiado, en cuanto fuere posible realizarla.

Ello podría denominarse como un experimento de campo o natural; el cual se entiende como un estudio de investigación dentro de una situación realista, en el cual una o más variables independientes son manipuladas por el experimentador bajo condiciones tan cuidadosamente controladas como lo permita la situación (Kerlinger, 1994).

LA ORIENTACION DEL PSICOLOGO

El psicólogo debe ser capaz de dar respuestas competentes y válidas a las demandas de la sociedad en general y, más concretamente, a las personas y grupos directamente implicados en las organizaciones. Esta área no puede ser 'exclusiva' de administradores o contadores, por ejemplo, pues las organizaciones son ante todo humanas y sus problemas básicos son

siempre de relación. Además, en las empresas u organizaciones que prestan servicios, las conductas y actitudes de los individuos determinan en gran medida la calidad en dichos servicios, de ahí que el campo de acción del psicólogo en las organizaciones es amplio.

El psicólogo en las organizaciones debe contar con un marco teórico y conceptual, basado en los conocimientos científicos alcanzados en la disciplina. Ello le ha de permitir un análisis, comprensión e interpretación de los problemas sobre los que ha de intervenir para contribuir a su solución.

De esta manera, el psicólogo en las organizaciones es un profesional de la Psicología que se encarga de estudiar (investigar) y/o modificar (intervenir), dentro del marco organizacional, la conducta individual o colectiva del Hombre en la organización, así como abordar las problemáticas que de ellas se deriven, como es la de dar asesoría psicológica y psicoterapia breve y de emergencia a los individuos de la organización que la solicitaran.

A lo anterior, se debe mencionar que la formación profesional del egresado de la Facultad de Estudios Superiores ZARAGOZA, de la carrera de Lic. en Psicología, está dirigida a:

- Promover la adquisición de aquellas habilidades, conocimientos y metodología que le permitan desarrollar las funciones de detección, análisis, intervención e investigación en los sectores de educación, salud, producción y organización social. Es decir, formar integralmente al psicólogo en los diferentes campos de problemática social relevante para el país (y que competan a su profesión).
- Formar profesionales caracterizados por una capacidad crítica y creativa, así como de estudio independiente y autodirigido, de adaptación dinámica a los cambios sociales y poseedores de un espíritu científico y humanista.
- Orientar al psicólogo a "abrir brechas" en esta profesión tan joven como es la Psicología, lo cual constituye un reto para el egresado y un compromiso con la Universidad.

De esta manera, la formación metodológica, educativa, clínica y social del psicólogo egresado de esta facultad, le ha de permitir desempeñarse como agente de cambio en las organizaciones ya que los conocimientos y la experiencia adquirida durante las actividades de servicio y en las aulas en la carrera, se deben complementar con la formación extracurricular que adquiera para 'especializarse' en el área organizacional (industrial o del trabajo).

RECOMENDACIONES

Es indispensable el sostenimiento y continuidad del Programa de Capacitación, mediante las siguientes acciones sugeridas:

- Retroalimentar y hacer una crítica del Programa de Capacitación. Si se realiza de manera adecuada, la crítica aisla los elementos que fomentan el éxito de aquellos que la inhiben.
- Determinar mecanismos para reconocer, recompensar y motivar al personal para que haga las cosas por convicción y no sólo por obligación.
- Aumentar el tiempo en los cursos de capacitación;(6 a 10 hrs.) y en la medida de lo posible, disminuir la duración del proceso de capacitación (P. ej. 6 meses).
- Realizar una 'evaluación integral' (desde un enfoque multidimensional) para valorar la calidad en los servicios de salud: evaluar al usuario, al trabajador y a los directivos; de modo que permita realizar un diagnóstico situacional y para futuras acciones de capacitación.
- Aplicar el instrumento "Encuesta de diagnóstico en el trabajo" (Job Diagnostic Survey) a los trabajadores ántes y después de las acciones y/o cursos de capacitación como mecanismo de evaluación y diagnóstico de la calidad de vida en el trabajo.
- Se sugiere emplear el siguiente diseño de investigación:

Tr	O ₁		X		O ₂
Dh	O				
Dh		O			
Dh			O		
Dh				O	

El grupo 1 lo conforman los trabajadores (Tr) de la Clínica. Se realiza una medición (O₁) empleando el instrumento "Encuesta de diagnóstico en el trabajo", después se hace un tratamiento (X), para posteriormente realizar una nueva medición con el mismo instrumento (O₂).

El grupo 2 lo constituye la población usuaria de los servicios de la Clínica, se toman cuatro muestras de los usuarios en momentos distintos de la aplicación del programa en el grupo 1: uno durante la aplicación del instrumento al grupo 1, dos durante la implantación del programa (del grupo 1) y una más durante la aplicación del postest al grupo 1. A éstas muestras se aplica un instrumento para determinar su nivel de satisfacción; dicho instrumento se tendrá que precisar y definir considerando los diferentes elementos de validez.

- Concebir un diseño experimental que permita mayor validez; por ejemplo utilizar un grupo control, una clínica donde no se implementen acciones de capacitación. Incluyendo dese luego, instrumentos confiables.
- Considerar la aplicación de pruebas estadísticas paramétricas como la *t* o como la *F* (análisis de varianza), considerando las condiciones o suposiciones para tener confianza (observaciones independientes, poblaciones distribuidas normalmente, tener la misma varianza, haberse medido por lo menos con una escala de intervalo, etc.).

- Llevar a cabo un trabajo multidisciplinario en el proceso de capacitación, entre Psicólogos, Pedagogos, Administradores, Médicos, etc. para lograr por una parte el desarrollo de los trabajadores y de la organización, y por otra el desarrollo de los mismos profesionales.
- Proporcionar inducción, capacitación y/o actualización al profesional que fungirá tanto como coordinador de capacitación como instructor de capacitación. Implica estimar los costos y beneficios de dicha formación para que pueda redituar en una capacitación efectiva del personal.

Como líneas de investigación se proponen:

Realizar una investigación para comparar el 'aprendizaje tradicional' (memorístico) con el 'aprendizaje vivencial o significativo', lo que tendría implicaciones en la modificación de métodos de instrucción en los procesos de capacitación de personal.

Diseñar, desarrollar y/o aplicar instrumentos de evaluación para determinar necesidades de capacitación "encubiertas" en el personal directivo y operativo, como estilos de liderazgo, calidad de vida en el trabajo, clima laboral, etc. que permitan evaluar las acciones de capacitación y para la planeación de la capacitación (diagnóstico).

Si se continua empleando el instrumento utilizado en este trabajo, se sugiere diseñar un procedimiento en el cual se evalúen los 15 servicios y disminuir o eliminar porcentajes de no respuesta, además de agregar apartados para conocer la edad, sexo, escolaridad, frecuencia de utilizar los servicios, etc. de los usuarios de los servicios. En su defecto, es conveniente diseñar, desarrollar y/o aplicar algún otro instrumento que permita evaluar la calidad en los servicios a través de la satisfacción del usuario (derechohabiente).

Continuar con la línea de investigación teórica-metodológica propuesta y se implante dicho Programa de Capacitación en las Unidades Médicas y Hospitales de la Delegación 2 Noreste

De ésta manera, la investigación ampliará la visión del mundo que nos rodea y abrirá caminos para avanzar dentro de una sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. ACEVEDO, Alejandro (1992) **Aprender Jugando; dinamicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoria**. TOMO 3. Editorial Limusa: México.
2. ACEVEDO, Alejandro (1993) **Aprender Jugando; dinamicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoria**. TOMO 1. Editorial Limusa: México.
3. ACEVEDO, Alejandro (1993) **Aprender Jugando; dinamicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoria**. TOMO 2. Editorial Limusa: México.
4. ACLE, Alfredo (1995) **Retos y Riesgos de la Calidad Total**
Editorial Grijalbo: México.
5. ALBRECHT, Karl (1990) **La Revolución del Servicio**
Fondo Editorial Legis: Colombia.
6. ARIAS, Fernando (1996) **Administración de Recursos Humanos**
Editorial Trillas: México.
7. ARNAU, Jaime et al (1978) **Métodos de investigación en las ciencias humanas**
Ediciones Omega: Barcelona. pp.196-199.
8. BASS, Bernard (1972) **Psicología de las Organizaciones**
Compañía Editorial Continental, S. A.: México.
9. BERRY, L., BENNET, D. y BROWN, C. (1989) **Calidad de Servicio**
Ediciones Díaz de Santos: España.
10. BLOOM, Benjamin (1971) **Taxonomía de los Objetivos de la Educación; la clasificación de las metas educacionales**. Editorial el Ateneo: Argentina. pp.162-167, 343-352
11. BONE, D. y GRIGGS, R. (1994) **Calidad en el Trabajo**
Editorial Iberoamericana: México.
12. BOWER, G. y HILGARD, E. (1992) **Teorías del Aprendizaje**
Editorial Trillas: México.
13. CALDERON, Hugo (1990) **Manual Para la Administración del Proceso de Capacitación del Personal**. Editorial Limusa: México.
14. CAMPBELL, D. y STANLEY, J. (1993) **Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social**. Amorrortu Editores: Buenos Aires, Argentina. pp. 19-53, 70-121.
15. CARDENAS, Raul (1993) **Cómo Lograr la Calidad en Bienes y Servicios**
Editorial Limusa: México.
16. CASTILLO, A. y OJEDA, M. (1994) **Principios de Estadística no Paramétrica**
Universidad Veracruzana: México. pp. 13-18, 111-134.
17. CHIAVENATO, Idalberto (1983) **Introducción a la Teoría General de la Administración**
Editorial Mcgraw Hill: México.

18. CHIAVENATO, Idalberto (1993) **Administración de Recursos Humanos**
Editorial Mcgraw Hill: México.
19. COLUNGA, Carlos (1995) **La Calidad en el Servicio**
Panorama Editorial: México.
20. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
21. CRAIG, J. y METZE, L. (1987) **Métodos de la Investigación Psicológica**
Editorial Interamericana: México. pp. 149-152.
22. CRAIG, R. y BITTEL, L. (1989) **Manual de Entrenamiento y Desarrollo de Personal**
Editorial Diana: México.
23. CROSBY, Phillip. (1987) **Calidad sin Lágrimas**
C.E.C.S.A.: México.
24. DANNELL, Juan et al (1995, Abril 3) **El IMSS un Enfermo que Agoniza**
En: Revista Epoca "El IMSS en quiebra" No. 200. México. pp 8- 17.
25. DEL CERRO, Antonio (1991) **El Psicólogo y la Organización; teoría y práctica de la Psicología de las organizaciones.** Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A: Barcelona.
26. DEMING, Edwardas (1989) **Calidad, Productividad y Competitividad; la salida de la crisis**
Ediciones Díaz de Santos: España. pp 19-69, 131-381.
27. DE VEGA, Manuel (1990) **Introducción a la Psicología Cognitiva**
Alianza Editorial Mexicana. Alianza Psicológica 3: México. pp- 24-40, 496-497.
28. DUNNETTE, M. y KIRCHNER, W. (1994) **Psicología Industrial**
Editorial Trillas: México.
29. FOUCAULT, Michel (1985) **Como se Ejerce el Poder**
En: Siempre, presencia de México. Suplemento cultural. Marzo; No. 1656. México.
30. GOMEZ, Eduardo. (1991) **El control Total de Calidad**
Fondo Editorial Legis: Colombia.
31. HAKMAN, J. y OLDHAM, J. (1975) **Development of the Diagnostic Survey**
Journal Applied Psychology, 60. E.U. pp.159-170.
32. HERNANDEZ, Pedro (1991) **Psicología de la Educación; corrientes actuales y teorías aplicadas**
Editorial Trillas: México.
33. HERNANDEZ, S. y BALLESTEROS, N. (1988) **Fundamentos de Administración**
Editorial Mcgraw Hill: México.
34. HOLLANDER, Edwin (1982) **Principios y Métodos de Psicología Social**
Amorrortu Editores: Argentina.
35. HOROVITZ, Joseph. (1992) **La Calidad del Servicio**
Editorial Mcgraw-Hill/Interamericana: México.

36. HOWELL, William (1979) **Psicología Industrial y Organizacional; sus elementos esenciales**
El Manual Moderno: México.
37. HULKA, B. y ZYZANSKI, S. (1982) **Validación de una Escala de Satisfacción de los Pacientes: Teoría, Métodos y Práctica.** Medical Care, Junio. 20 (6). E.U. pp 649-653.
38. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (s/a) **Taller de Diagnóstico Organizacional y Planeación.** Subdirección General Administrativa. Jefatura de Servicios de Personal y Desarrollo. Coordinación Zona Centro.
39. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1980) **Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros Años 1943-1944.**
40. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1990) **Programa de Desarrollo Directivo**
Jefatura de servicios de desarrollo de recursos humanos. Unidad de Publicaciones y Documentación. Temas: 6, 8, 9, 10 y 11.
41. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1990) **Reglamento de Capacitación y Adiestramiento.** Coordinación General de Comunicación Social. IMSS-SNTSS.
42. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1991) **Lineamientos para el Funcionamiento de los Comités de Capacitación y Adiestramiento.** Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento IMSS-SNTSS. Coordinación General de Comunicación Social.
43. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1991) **Manual de Procedimientos del Sistema IMSS-Capacitación.**
44. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1992) **Integración a la Misión Institucional**
Guía de instrucción. Jefatura de servicios de personal y desarrollo.
45. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1994) **Informe de Resultados de la Encuesta de Atención y Trato al Derechohabiente.** Delegación 2 Noreste del D.F.
46. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1994) **Programa de Actulización y Desarrollo Para Personal Directivo de Enfermería; subprograma de desarrollo humano.** Subdirección general médica, jefatura de servicios de educación médica. Subdirección general administrativa, jefatura de servicios de personal y desarrollo. pp. 239-358.
47. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1995) "Las direcciones regionales, base de la nueva estructura del IMSS". En: Parte de ti. Organó de comunicación para los trabajadores del IMSS. Año 2; Mayo, No. 18.
48. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1995) "Los cambios del IMSS inpostergables, asegura GBE, ante diputados". En: Parte de ti. Organó de comunicación para los trabajadores del IMSS. Año 3; Noviembre, Núm. 24.
49. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. **Ley del Seguro Social**
Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995.
50. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (1995) **EL IMSS se Reestructura**
En: Cuestión Social. Revista Mexicana de Seguridad Social. Número 35; Invierno-Primavera. pp 11-16.

51. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL - SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL. **Contrato Colectivo de Trabajo 1995-1997.**
52. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (1996) **Nueva Ley del Seguro Social. El Seguro Social se Fortalece ara Ser Más Seguro. Folleto.**
53. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1997) "La reforma del IMSS garantiza su permanencia; lo hará más moderno, eficiente y solidario: Ernesto Zedillo". En: Revista Parte de ti. Coordinación General de Comunicación social. I.M.S.S.. Año 4; Septiembre, Número 37. Reproducidos textualmente de su III Informe de Gobierno.
54. ISHIKAWA, Kouro. (1986) **¿Qué es el Control Total de Calidad?; la modalidad japonesa**
Editorial Norma: Colombia.
55. JAKSON, Don (1977) **Comunicación, Familia y Matrimonio**
Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina. pp.53-78.
56. KERLINGER, Fred. (1994) **Investigación del Comportamiento**
Editorial Mcgraw-Hill: México. pp.316-425.
57. KOONTZ, H. y O'DONNELL, C. (1987) **Administración**
Editorial Mcgraw Hill: México.
58. KOTLER, Phillip. (1991) **Marketing Management**
Editora Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs: New Jersey, E.U.
59. KOTLER,P. y ANDREASEN, A. (1991) **Strategic Marketing for Nonprofit Organizations.**
Prentice Hall Inc: Englewood Cliffs, U.S.A.
60. LEY FEDERAL DEL TRABAJO
61. LOSONCY, Lewis (1991) **Cómo Transformar a la Gente en Personas Positivas**
Editorial Diana: México.
62. MARGULIES, N. y RAIA, A. (1993) **Desarrollo Organizacional; valores, procesos y tecnología**
Editorial Diana: México.
63. MARTINEZ , J. Raul. (1997) **Manual de Implantación de un Proceso de Mejoramiento de la Calidad.** Panorama Editorial: México.
64. MCGUIGAN, F. J. (1996) **Psicología Experimental; métodos de investigación**
Prentice Hall Hispanoamericana: México. pp. 257-268
65. MENDOZA, Alejandro (1993) **Manual Para Determinar Necesidades de Capacitación**
Editorial Trillas: México.
66. MORENO, Pedro. y Cols. (1991) **Factibilidad y Viabilidad Financiera y Administrativa de la Seguridad Social en México: El caso del IMSS. En: La Política Social en la Crisis: una Alternativa Para el Sector Salud.** Fundación Friedrich Ebert. Documentos de trabajo. No. 27. México.
67. MOSCOVICI, Serge (1985) **Psicología Social I**
Editorial Paidós: España. pp. 71-173, 308-332.

68. "MÜLLER" Grupo Consultor (1994) **Índice de Satisfacción del Derechohabiente. calidad en el servicio.** Dirección Efectiva. S. A.: México.
69. O'LEARY, D. y O'LEARY, M. (1992) **De las Garantías de Calidad al Perfeccionamiento de la Calidad.** The Joint commission on accreditation of healthcare organizations and emergency care (Comisión unificadora de acreditación de organizaciones de salud y cuidados de emergencia). pp 509-523.
70. PINTO, Roberto (1994) **Proceso de Capacitación**
Editorial Diana: México.-
71. POIRIER, C. y HOUSER, W. (1994) **Alianzas Empresariales Para la Mejora Continua**
Panorama Editorial: México.
72. QUIJANO, S. D. (1987) **Introducción a la Psicología de las Organizaciones**
Promociones Publicitarias Universitarias, S. A.: Barcelona.
73. REZA, Jesús C. (1995) **Cómo Desarrollar y Evaluar Programas de Capacitación en las Organizaciones.** Panorama Editorial: México.
74. REZA, Jesús C. (1997) **El ABC del Instructor, y también del profesor, moderador y de cualquier facilitador de procesos educativos.** Panorama Editorial: México.
75. ROBBINS, Stephen (1987) **Comportamiento Organizacional; conceptos, controversias y aplicaciones.** Prentice Hall Hispanoamericana: México.
76. RODRIGUEZ, Mauro. (1988) **Liderazgo: Desarrollo de Habilidades Directivas**
El Manual Moderno: México.
77. RODRIGUEZ MAYA, Carlos A. (1993) **Calidad en el Servicio**
Tesis. ITAM: México. pp 57- 105.
78. ROMERO, Ismael et al (1995, Diciembre 8) **La Reforma del IMSS Aprobada**
En: Periódico La Jornada. Año 12; No. 4042. México. pp 1, 10, 11.
79. ROMO, Abraham (1987) **Sistema Empresarial de Mejora Continua**
Colegio de Graduados de Alta Dirección, A. C.: México.
80. ROSANDER, A. C. (1992) **La Búsqueda de la Calidad en los Servicios**
Ediciones Díaz de Santos: España.
81. RUIZ, Victor. (1992) **Constitución, Seguridad Social y Solidaridad**
Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
82. RUNYON, R. Y HABER, A. (1984) **Estadística Para las Ciencias Sociales**
Fondo Educativo Interamericano: México. pp. 337-346.
83. SALINAS, C., LAGUNA, J. y MENDOZA, M. (1994) **La Satisfacción Laboral y su Papel en la Evaluación de la Calidad en la Atención Médica.** En: Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Enero Febrero. Vol. 36(1).
84. SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL (1994) **Impacto de las Acciones de Capacitación.** Dirección General de Capacitación y Productividad. Subsecretaría "B": México.

85. SELTZ, Claire et al (1980) **Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales**
Ediciones RIALP, S.A.: Madrid. pp 544-558.
86. SHAFF, Adam. (1979) **La Alienación Como Fenómeno Social**
Editorial Grijalbo: España. pp 143-275.
87. SIEGEL, Sidney (1990) **Estadística no Paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta**
Editorial Trillas: México. pp 91-107, 143-154.
88. SILICEO, Alfonso (1993) **Capacitación y Desarrollo de Personal**
Editorial Diana: México.
89. SMITH, B. y DELAHAYE, B. (1995) **El ABC de la Capacitación Práctica**
Editorial Mcgrw Hill: México.
90. STEWART, Jim (1992) **Gerencia Para el Cambio; planeación, entrenamiento y desarrollo**
Editorial Legis, Serie empresarial: Colombia.
91. SVERDICK, M., et al (1992) **Administración y Organización**
Harper Collins Publisher, Florida. Latinoamericana .
92. TURCOTTE, Pierre. (1986) **Calidad de Vida en el Trabajo y Antiestrés**
Editorial Trillas: México.
93. U.C.E.C.A. (1979) **Guía Técnica Para la Formulación de Planes y Programas de Capacitación y Adiestramiento en las Empresas.** Serie técnica No. 2. Editorial Popular de los Trabajadores: México.
94. VALENCIA, Jose A. (1982) **Evaluación de la Capacitación; revisión bibliográfica**
INET, STPS: México.
95. VAN GIGCH, John (1987) **Teoría General de Sistemas**
Editorial Trillas: México. pp 65-83.
96. VILLAREAL BARRON, María D. (1995) **Calidad en el Servicio; como ventaja competitiva para las empresas fabricantes de productos de computación.** Tisis-Tesina, ITAM: México.
97. VILLEGAS, Roberto (1984) **El Tiempo y yo en un Encuentro. análisis transaccional**
Galas Editores: México. pp 10-74, 129-150.
98. WERTHER, W. y DAVIS, K. (1992) **Administración de Personal y Recursos Humanos**
Editorial Mcgraw Hill: México.
99. ZARZAR, Carlos (1980) **La Dinámica de los Grupos de Aprendizaje Desde un Enfoque Operativo**
En Perfiles Educativos. No. 9 (julio-septiembre). México. pp 14-36.
100. ZINZER, Otto (1992) **Psicología experimental**
Editorial Mcgraw-Hill: México.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DENOMINADO:

MEDIDA DE SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE

MEDIDA DE SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE

Le agradeceremos nos señale con una X, qué tanto cumplimos con el servicio de LO QUE ESPERABA usted en la Clínica. Díganos su propia experiencia. Sus opiniones serán tomadas en cuenta para mejorar la atención que reciba.

Servicios	Muy abajo de lo esperado	Abajo de lo esperado	Cumple con lo esperado	Arriba de lo esperado	Ideas para mejorarlos
Archivo clin.					
Asist. médico					
Curaciones					
Dental					
Dietología					
Farmacia					
Laboratorio					
Médico					
Med. prev.					
Med. trab.					
Mod. infor.					
Plan. fam.					
RayosX					
Reserv. tel.					
Trabajo soc.					

Encierre en un círculo los servicios que considera más importantes

Departamento que le ha dado buen servicio: _____

Departamento que le ha dado mal servicio: _____

Servicio con mayor tiempo de espera: _____ Tiempo de espera: _____

ANEXO 2

CARTAS DESCRIPTIVAS:

RELACIONES HUMANAS

MISION INSTITUCIONAL

PROCESOS DE LA MOTIVACION

CALIDAD EN LA ATENCION A LA SALUD

Psicología del liderazgo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35

- CARTA DESCRIPTIVA -

CURSO: Relaciones humanas.

OBJETIVO: Proporcionar a los participantes elementos teóricos y actividades vivenciales que intervienen en las transacciones humanas, con el fin de propiciar un ambiente laboral adecuado dentro de la organización.

DURACION: 2 Días.

NUMERO DE HORAS: 14 Horas.

DIRIGIDO A: Personal de base de la Clínica.

ELABORO: Psic. Rafael Monroy Avendaño.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 1</u>					
5'	Recepción y Bienvenida	Recibir a los participantes agradeciendo su asistencia.	Recibirá a los participantes y les dará la bienvenida.		
10'	Presentación	Conocer el objetivo y contenido temático del curso.	Dará a conocer el objetivo y contenido temático.	Expositiva	Rotafolio. Tripticos.
10'	Contrato Grupal	Establecer las condiciones grupales propicias, para el logro del objetivo.	Dirigirá las participaciones.	Lectura comentada. Lluvia de ideas.	Material para el participante.
20'	Integración Grupal	Iniciar el proceso de integración grupal con ruptura de tensión inicial.	Dará las intrucciones. Conducirá la actividad.	Ejercicio: Las firmas.	Material para el participante.
20'	Análisis Estructural	Enunciar los elementos estructurales de la personalidad. Ejemplificar los elementos estructurales de la personalidad.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Pizarrón.
30'	Integración Grupal	Propiciar el conocimiento interpersonal. Facilitar la integración en equipos.	Formará 3 equipos. Dará instrucciones, iniciando el ejercicio. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Los bolsillo vacios.	
30'	Integración Grupal	Analizar la percepción social sobre cada uno de los participantes Propiciar el conocimiento interpersonal. Facilitar la comunicación grupal.	Dará instrucciones: En media hoja anotar 5 características que mejor los describa. En la otra media hoja todos los demás anotarán (anónimamente) cómo creen que es cada uno de ellos. Dirige las lecturas de los participantes. Planteará preguntas.	Ejercicio: Yo creo que soy... Los demás creen que soy...	Hojas blancas.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
30'	Análisis Funcional	Señalar en que consiste el análisis funcional. Ejemplificar el análisis funcional.	Expondrá y ejemplificará el tema. Propondrá la participación. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta respuesta.	Rotafolios. Material para el participante.
5'	Teoría del Equilibrio	Enunciar la teoría del equilibrio dentro del análisis funcional.	Expondrá el tema.	Expositiva.	
15'	Características de los Estados del YO	Reconocer las características de los estados del YO.	Expondrá el tema. Dirigirá las lecturas.	Expositiva. Lectura comentada.	Material para el participante.
30'	Ejercicio: Egoograma	Analizar el egoograma individual. Observar el egoograma grupal. Precisar el egoograma ideal.	Dará las instrucciones. Dirigirá la actividad. Planteará preguntas.	Trabajo individual. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Material para el participante.
15'	Identificación de los Estados del YO	Mencionar cómo identificar los estados del YO. Ejemplificar los estados del YO.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema.	Expositiva.	Material para el participante.
10'	El Doble Vínculo	Señalar la teoría del doble vínculo. Ejemplificar la situación de doble vínculo.	Expondrá el tema.		
30'	Transacciones Humanas	Enunciar las transacciones cruzadas, complementarias y ulteriores. Identificar y ejemplificar las transacciones cruzadas complementarias y ulteriores. Señalar cómo los líderes ejercen influencia a través de las transacciones.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta respuesta. Discusión dirigida.	Pizarra.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
20'	Integración Grupal	Propiciar la relajación grupal. Facilitar la integración grupal	Dará las instrucciones. Dirigirá la actividad.	Ejercicio: Las lanchas.	
30'	Integración por Equipos	Facilitar la comunicación por equipos. Revisar los temas vistos.	Formará 2 equipos, quienes eligirá un tema que se haya revisado. Cada uno de los participantes anotará 2 renglones sobre el tema elegido; por equipo armar un argumento lógico con las ideas escritas.	Trabajo en equipos. Ejercicio: Historia en equipos.	Hojas blancas.
30'	Descalificación Social	Vivenciar la descalificación social. Narrar la experiencia vivida. Analizar la descalificación social. Ejemplificar situaciones análogas.	Formará 3 equipos, solicitando un voluntario por equipo (más entusiasta), quienes saldrán del salón. Los equipos hablarán sobre algún tema y cuando los voluntarios lleguen a su equipos para tratar de integrarse, serán ignorados. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: La descalificación. Relatoria vivencial. Discusión dirigida.	
20'	Problemas en la Comunicación Hablada	Reconocer la distorsión de la comunicación desde su fuente original. Propiciar la integración grupal.	Solicitará 4 voluntarios, 3 de ellos salen del salón. Leer el mensaje a la primera persona quien tendrá que retransmitirlo a otro que entre, así sucesivamente. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: El teléfono descompuesto.	Mensaje escrito.
10'	Problemas en la Comunicación Escrita	Reconocer los problemas en la comunicación escrita. Permitir la relajación grupal.	Solicitará 2 voluntarios, uno sale del salón, el otro leerá una carta al grupo; después entra el otro y lee la segunda parte de la carta.	Ejercicio: La carta del W.C.	Mensajes escritos.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
50'	Estilos de Liderazgo y Comunicación	Ejemplificar los estilos de liderazgo. Señalar la influencia del estilo de liderazgo en el grupo. Explicar los estilos de liderazgo desde el análisis funcional.	Forma 3 equipos, solicita un líder por equipo, quienes salen del salón y se les asigna un rol (demócrata, autócrata y anárquico); asumirán los roles en sus equipos al hacer una construcción. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Estilos de liderazgo (Los popotes).	Popotes. Cinta adhesiva. 3 tarjetas con instrucciones (roles).
<u>Día 2</u> 30'	La agresividad	Vivenciar la sensación producida por una situación de agresividad entre dos integrantes del grupo. Narrar la experiencia vivida. Analizar la agresividad social.	Dará una introducción al tema. Indicará a los participantes (cómplices) el momento de iniciar la representación. Detendrá el ejercicio. Explicará el ejercicio al grupo. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: La agresividad.	Tarjetas a los cómplices momento de iniciar la representación.
25'	La asertividad	Enunciar la definición de asertividad. Distinguir entre conductas pasivo, agresivo y asertivo.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá la lectura del material.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lectura comentada.	Material para el participante.
50'	Ejercicio: Diálogos Incompletos	Identificar las respuestas de los participantes ante diversas situaciones sociales. Reconocer conductas pasivas, agresivas y asertivas.	Explicará el ejercicio: completar el diálogo entre dos personas en diferentes situaciones sociales, anotando en una hoja sus respuestas. Después se revisan una por una. Dirigirá las lecturas y participaciones..	Trabajo individual. Ejercicio: Diálogos incompletos.	Acetatos de dibujos de personas en diferentes situaciones sociales.
25'	Prácticas en Asertividad	Representar situaciones sociales. Identificar conductas pasivas, agresivas y asertivas.	Solicitará voluntarios. Dará instrucciones. Dirigirá la actividad y las participaciones.	Sociodramas de situaciones: sociales y laborales.	

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
30'	Los Afectos Físicos	Vivenciar el contacto físico entre los participantes. Narrar la experiencia vivida. Analizar la importancia de los afectos físicos.	Introducirá al tema. Dará instrucciones: en semicírculo, cada uno le hará algo al osito, lo que quieran hacerle, los demás observarán. Después (sorpresa!), le harán lo mismo a la persona que está a su derecha. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: El osito. Relatoría vivencial.	Un oso de peluche grande
20'	Demostración de Afectos	Mostrar físicamente afecto y enojo. Facilitar la comunicación grupal.	Dará instrucciones: en dos filas, formar parejas; de frente uno demuestra al otro afecto, luego a la inversa; uno le demuestra al otro enojo, luego a la inversa. Demuestrense lo que quieran	Ejercicio: Demostración de afectos.	
30'	Ejercicio: La regadera	Vivenciar el contacto físico entre los participantes. Narrar la experiencia vivida. Propiciar la integración grupal.	Formará 3 equipos, dará instrucciones: una persona de cada equipo es 'bañada' manualmente por el equipo (regadera); cada uno será 'bañado' por la 'regadera'. Dirigirá la actividad y las participaciones	Ejercicio: La regadera. Relatoría vivencial.	
20'	Los cambios	Enunciar el ciclo del crecimiento según Carl Rogers. Identificar los elementos para el crecimiento y desarrollo humano. Reconocer el cambio perceptual en el ciclo del crecimiento.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Pizarrón.
40'	Ejercicio: Figuras Ambiguas	Apreciar las distintas percepciones ante un mismo dibujo. Extrapolar el ejercicio ante situaciones sociales y laborales. Propiciar la comunicación grupal.	Explicará la actividad. Presentará las figuras. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Acetatos de figuras ambiguas (La guesalt).

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
20'	Solución de Problemas (Individual)	Disertar en la solución de problemas. Extrapolar el ejercicio en situaciones sociales y laborales.	Dará instrucciones: unir 9 puntos con 4 líneas rectas; después con 3, luego con 2 y luego con una línea recta. Necesidad de creatividad para las soluciones. Aclarará dudas. Dirigirá las participaciones.	Trabajo individual. Ejercicio: Unir 9 puntos.	Pizzarrón. Regla grande.
40'	Solución de Problemas (Grupal)	Participar por equipos en la solución de un problema. Propiciar la comunicación entre los participantes. Extrapolar el ejercicio en situaciones sociales y laborales.	Formará 4 equipos. Dará instrucciones: armar un exágono; primero no pueden hablar después ya podrán hablar. Conducirá el ejercicio y las participaciones.	Trabajo en equipo. Ejercicio: Rompecabezas. Discusión dirigida.	4 sobres con 5 piezas cada uno; previamente manipulados, de modo que una pieza para armar un exágono se encuentre en otro equipo.
60'	Dinámica vivencial: El mexicano	Relajación del grupo a través de una representación cómica. Vivenciar el molólogo representado. Valorar la historia y cultura de México. Propiciar el contacto físico entre los participantes. Narrar la experiencia vivida.	Representará a un personaje. Hará un molólogo sobre 'el mexicano'. Dirigirá las participaciones.	Monólogo. Relatoría vivencial.	Vestuario del mexicano con sobrero. Música pregrabada (Vangelis, Enya y efectos de sonido). Diativos de piezas y zonas arqueológicas.
20'	Revisión y Cierre	Determinar el cumplimiento del objetivo. Conocer los comentarios específicos y generales del curso e instructor.	Dirigirá las participaciones.	Lluvia de ideas.	
20'	Evaluación del Curso e Instructor	Determinar la evaluación individual y grupal del curso e instructor.	Dará instrucciones.	Trabajo individual.	Formato para evaluar al curso e instructor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35

- CARTA DESCRIPTIVA -

CURSO: Misión institucional

OBJETIVO: Conocer el Instituto Mexicano del Seguro Social y la filosofía que contiene su misión, con el fin de determinar nuestra participación en sus logros.

DURACION: 5 Días.

NUMERO DE HORAS: 10 Horas.

DIRIGIDO A: Personal de base de la Clínica.

ELABORO: Psic. Rafael Monroy Avendaño.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 1</u>					
5'	Recepción y Bienvenida	Recibir a los participantes y agradecer la asistencia.	Recibirá a los participantes y dará la bienvenida.		
10'	Presentación	Conocer el objetivo y contenido temático del curso.	Expondrá.	Expositiva.	Rotafolios. Tripticos.
15'	Revisión de Expectativas	Conocer las expectativas individuales y grupales en torno al curso.	Planteará preguntas para resolverse de manera individual y después en equipos. Dirigirá las participaciones.	Trabajo individual. Corrillos.	Hojas blancas. Rotafolios.
10'	Contrato Grupal	Establecer las condiciones grupales propiciar para el logro del objetivo.	Dirigirá la lectura del material y las participaciones.	Lectura comentada. Lluvia de ideas.	Material para el participante.
20'	Integración Grupal	Iniciar el proceso de integración grupal con ruptura de tensión inicial. Propiciar la comunicación grupal.	Formará parejas. Uno se presentará con al otro sin que éste pregunte, después a la inversa. Luego uno se presentará al grupo como si fuera el otro (presentación cruzada); la otra persona hará lo mismo. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Presentación cruzada	Cafetes (para los nombres) que se intercambiarán al presentarse con el grupo.
30'	Historia y Antecedentes del IMSS	Identificar los antecedentes históricos de la seguridad social en México. Reconocer la historia del IMSS.	Expondrá el tema. Proyectará una película. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Audiovisual. Pregunta-respuesta.	Rotafolios. Película: Historia del IMSS.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTIVAS	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
30'	Integración Grupal	Ejemplificar los roles sociales en una situación particular. Facilitar la comunicación grupal. Extrapolar el ejercicio en situaciones laborales.	Formará 3 equipos a quienes asignará roles (Pueblo (olvidado, sin servicios); arquitectos (diseñan y planean la construcción de una clínica) y gobierno (sin recursos, proponen alternativas). Dirige las participaciones. Plantea preguntas.	Trabajo en equipo. Ejercicio: Pueblo, arquitectos y gobierno. Objetivo: Construir una UMF.	
<u>Día 2</u> 60'	Organización y Funcionamiento del IMSS	Señalar la evolución de la estructura organizacional del IMSS. Reconocer el funcionamiento del IMSS. Identificar la nueva organización y funcionamiento del IMSS.	Expondrá el tema. Proyectará un video. Formará 3 equipos, quienes tendrán que ubicar cada una de las estructuras del IMSS en un esquema delineado. Fomentar la competencia. Planteará preguntas.	Expositiva. Audiovisual. Trabajo en equipo. Pregunta-respuesta.	Rotafolios. Video: Organización y funcionamiento del IMSS. Esquema en un rotafolio de la nueva estructura del IMSS. Tarjetas con nombres.
30'	Integración Grupal	Identificar las reacciones emocionales que permiten u obstruyen la toma de decisiones. Extrapolar el ejercicio en situaciones laborales.	Solicitará 6 voluntarios, a quien se les designará un rol a seguir (político, eclesiástico, músico, padre de familia numerosa, etc.). Explicará el ejercicio. Dirigirá participaciones.	Ejercicio: Taxi espacial. Pregunta-respuesta Discusión dirigida.	Tarjetas con los roles de los personajes. Mesa grande y fuerte.
30'	El diagnóstico del IMSS	Reconocer el diagnóstico presentado en 1995 por el director del IMSS. Analizar algunos aspectos del diagnóstico del IMSS. Proponer alternativas para la solución de problemas.	Introducirá al tema. Formará equipos. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Lectura comentada. Corrillos. Discusión dirigida.	Material para el participante. Artículo: "El IMSS un enfermo que agoniza" En: revista Época; etc. al.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 3</u>					
30'	Misión Institucional	Explicar el concepto de misión. Distinguir el término misión de otros análogos. Determinar los elementos que debe contener una misión. Reconocer la misión del IMSS.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta respuesta. Lluvia de ideas.	Rotafolios. Pizarrón.
30'	Misión Individual	Mencionar la misión que tienen los asistentes en la vida. Enunciar la misión individual que tienen los asistentes hacia el Instituto. Señalar la misión individual en el área de trabajo, de cada uno de los asistentes.	Expondrá el tema. Solicitará que escriban cada uno de los asistentes su misión e: la vida, en el Instituto y en su puesto de trabajo. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Trabajo individual. Lectura comentada.	Pizarrón. Hojas blancas.
20	Integración Grupal	Propiciar la integración grupal. Permitir la relajación del grupo.	Explicará el ejercicio. Dirigirá la actividad.	Ejercicio: Las lanchas.	
40'	Medicina Familiar Siglo XXI	Reconocer la llamada Medicina Familiar siglo XXI. Analizar los efectos de la Medicina Familiar siglo XXI	Expondrá el tema. Presentará un video. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Audiovisual. Pregunta-respuesta. Discusión dirigida.	Pizarrón. Video: Medicina Familiar Siglo XXI

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 4</u> 60'	Ley del Seguro Social	Enunciar el contenido de la Ley del Seguro Social. Mencionar los principales artículos de la Ley del Seguro Social. Señalar las modificaciones hechas en la Nueva Ley del Seguro Social.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Aclarará dudas.	Expositiva. Pregunta respuesta.	Rotafolios. Pizarrón.
60'	La Atención a la Salud en Unidades Médicas	Mostrar cómo se otorga la atención a la salud. Ejemplificar la situaciones que se presentan en las unidades médicas. Determinar los elementos y estrategias que permitan mejorar la atención a la salud.	Explicará la actividad. Formará dos equipos. Coordinará la actividad Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Sociodramas: La atención a la salud representado a través de una telenovela y de un noticiero.	Materiales disponibles: micrófonos, mesas, sillas, vestuarios, etc.
<u>Día 5</u> 30'	Historia y Funcionamiento del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social	Enunciar la historia del SNTSS. Reconocer la estructura organizacional del SNTSS. Mencionar el funcionamiento del SNTSS. Señalar la función del SNTSS en la vida del Instituto Mexicano del Seguro Social	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Aclarará dudas.	Expositiva. Pregunta respuesta.	Rotafolios. Material para el participante.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
30'	Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS	Enunciar la estructura y contenido del Contrato Colectivo de Trabajo. Revisar los derechos y obligaciones que señala el Contrato Colectivo de Trabajo. Analizar las implicaciones de tener más derechos que obligaciones. Señalar las implicaciones de la revisión contractual IMSS-SNTSS.	Expondrá el tema. Coordinará la lectura. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones	Expositiva. Lectura comentada. Pregunta respuesta. Discusión dirigida.	Material para el participante; derechos y obligaciones de los trabajadores.
30'	Maratón Institucional	Revisar los contenidos temáticos del curso. Enunciar elementos teóricos enunciados durante el curso. Propiciar la competencia e integración grupal.	Formará 3 equipos. Dará instrucciones: el número que aparezca en el dado será lo que avanzarán, siempre y cuando contesten a la pregunta. Propiciará la competencia. Dirigirá la actividad	Trabajo en equipos. Ejercicio: Maratón Institucional.	Rotafolio grande del Maratón. Un dado. Tarjetas con preguntas y respuestas sobre el curso.
15'	Revisión del Objetivo y Comentarios Generales.	Determinar el grado de cumplimiento del objetivo del curso. Conocer los comentarios generales respecto al curso e instructor.	Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Pregunta respuesta. Lluvia de ideas.	
15'	Evaluación del Curso e Instructor	Determinar la evaluación individual y grupal del curso e instructor.	Explicará el formato.	Trabajo individual.	Formato para evaluar al curso e instructor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35

- CARTA DESCRIPTIVA -

CURSO: Procesos psicológicos de la motivación

OBJETIVO: Generar en el participante habilidades de liderazgo orientadas a la motivación, que permitan un mejor desempeño en sus áreas de trabajo.

DURACION: 2 Días.

NUMERO DE HORAS: 14 Horas.

DIRIGIDO A: Personal directivo de la Clínica.

ELABORO: Psic. Rafael Monroy Avendaño.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 1</u>					
5'	Recepción y Bienvenida	Recibir a los participantes y darles la bienvenida.	Recibirá a los participantes dándoles la bienvenida y agradeciendo la asistencia.	Diálogo.	
10'	Presentación	Conocer el objetivo y contenido temático del curso.	Hará la presentación del curso. Dará a conocer el objetivo y contenido temático.	Expositiva.	Material para el participante.
10'	Revisión de Expectativas	Identificar las expectativas del grupo en torno al curso.	Dictará preguntas. Conducirá la revisión de expectativas.. Dirigirá las participaciones.	Trabajo individual. Lluvia de ideas.	Hojas blancas. Rotafolios.
10'	Contrato Grupal	Establecer las condiciones grupales propicias para el logro del objetivo.	Dirigirá las participaciones.	Lluvia de ideas.	Pizarrón.
20'	Integración Grupal	Facilitar el proceso de integración grupal con ruptura de tensión inicial.	Dará instrucciones. Conducirá la actividad.	Ejercicio: Las lanchas.	
10'	Introducción	Enunciar los contenidos y aspectos generales del curso.	Expondrá.	Expositiva.	pizarrón.
25'	Implicaciones del Liderazgo	Revisar las implicaciones del liderazgo. Destacar Destacar la implicación de la motivación en el liderazgo.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Rotafolios.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
60'	Técnicas de Desaliento: --Dominio --Insensibilidad --Silencio --Intimidación	Enunciar las técnicas de desaliento. Ejemplificar cada una de las técnicas de desaliento. Analizar las implicaciones de las técnicas de desaliento en las relaciones interpersonales.	Expondrá el tema. Ejemplificará las técnicas. Planteará preguntas. Propiciará la participación del grupo.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	Rotafolios. Material para el participante.
30'	Técnicas de Desaliento	Representar las técnicas de desaliento en situaciones sociales y laborales. Narrar el ejercicio.	Dará instrucciones par realizar el sociodrama. Conducirá el ejercicio. Dirigirá las participaciones	Sociodramas: situaciones sociales y laborales.	
20'	Definición del Término Motivación.	Identificar las definiciones del término motivación propuestas por diversos autores. Enunciar la definición del término motivación.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Discusión dirigida.	Acetatos.
25'	Enfoques Teóricos de la Motivación: Teoría Conductista	Conocer los planteamientos generales de la teoría conductista. Identificar cómo la teoría conductista interpreta la 'motivación' por reforzamiento.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Rotafolios. Acetatos. Material para el participante.
25'	Métodos Conductistas para el Reforzamiento	Mencionar los métodos conductistas para el reforzamiento. Ejemplificar lo métodos conductistas para el reforzamiento, en situaciones sociales y laborales.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta respuesta. Lluvia de ideas.	Rotafolios.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
60'	Ejercicio: Competencia	Determinar el grado de competencia que se da entre las personas que integran un equipo existiendo otros. Enunciar los elementos conductistas que se suscitaron en el ejercicio. Propiciar la comunicación grupal.	Formar tres equipos. Dar instrucciones Conducirá el ejercicio. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Competencia. Discusión dirigida.	Hojas blancas.
20'	Ejercicio: Masaje Corporal.	Propiciar la integración grupal. Permitir la interacción física a través del masaje.	Formará un círculo; darán masaje en la espalda y cuello a la persona que está enfrente. Se dan la vuelta y continúan dando masaje al que les estaba dando.	Ejercicio: Masaje corporal.	
25'	Teoría de la Gestalt	Conocer los planteamientos generales de la teoría de la Gestalt Identificar cómo esta teoría interpreta la motivación.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Rotafolios. Material para el participante.
25'	Métodos de la Gestalt para la Motivación.	Explicar los métodos de la Gestalt para motivar. Ejemplificar cómo se pueden emplear dichos métodos en situaciones laborales.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Lluvia de ideas.	Rotafolios. Pizarrón.
40'	Ejercicio: Figuras Ambiguas	Apreciar las distintas percepciones ante un mismo dibujo. Extrapolar el ejercicio en situaciones sociales y laborales. Propiciar la comunicación grupal.	Dará las instrucciones. Presentará las figuras ambiguas. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas. Discusión dirigida	Acetatos de figuras ambiguas. (La Gestalt)

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 2</u> 30'	Ejercicio: El espejo	Vivenciar la sensación producida de ser imitado por todo el grupo. Apreciar la tolerancia a la frustración producida por la imitación. Narrar la experiencia vivida. Analizar la función del líder como imagen y reflejo de su grupo. Permitir la relajación grupal.	Solicitará tres voluntarios con una alta motivación (o gran voluntad), quienes salen del salón. Al grupo se da la instrucción de imitar en todo, al voluntario que entre. Detener el ejercicio en el momento oportuno. Integrar al voluntario al grupo y hacer lo mismo con los otros dos voluntarios. Dirigirá las participaciones.	Trabajo grupal. Ejercicio: El espejo (La gran familia). Relatoría vivencial. Discusión dirigida.	
25'	Teoría humanista	Reconocer los planteamientos generales de la teoría humanista. Identificar cómo ésta teoría interpreta la motivación.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta respuesta. Lluvia de ideas.	Rotafolios. Material para el participante.
40'	Pirámide de Necesidades de Maslow	Enunciar la jerarquía de necesidades de A. Maslow. Disertar sobre la pirámide de necesidades de Maslow. Destacar la importancia de la autorrealización individual.	Introducirá al tema. Formará tres equipos. Dará instrucciones. Dirigirá las participaciones	Expositiva. Lectura comentada. Corrillos. Discusión dirigida.	Material para el participante.
30'	Métodos Humanistas para la Motivación	Mencionar los métodos humanistas para la motivación. Ejemplificar los métodos humanistas para la motivación.	Expondrá el tema. Dirigirá el sociodrama. Propiciará la participación.	Expositiva. Sociodrama. Lluvia de ideas.	Pizarrón.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
1:30'	Ejercicio: Logros Futuros	<p>Conocer los principales logros futuros de los participantes.</p> <p>Determinar los elementos y condiciones que permitan los logros futuros.</p> <p>Enunciar los obstáculos y limitantes para los logros futuros.</p> <p>Conocer los objetivos comunes o intereses específicos en los asistentes.</p> <p>Propiciar la integración grupal.</p>	<p>Dará instrucciones: anotar el las hojas lo que se indica.</p> <p>Formará equipos para la revisión de lo contestado en las hojas.</p> <p>Conducirá la actividad.</p> <p>Planteará preguntas.</p> <p>Dirigirá las participaciones.</p>	<p>Trabajo individual.</p> <p>Trabajo en equipos.</p> <p>Pregunta respuesta.</p> <p>Relatoria vivencial.</p> <p>Lluvia de ideas.</p> <p>Discusión dirigida.</p>	<p>Material para el participante: Logros Futuros (3 hojas).</p> <p>Rotafolios.</p>
30'	Ejercicio: Frases Motivadoras	<p>Identificar lo que motiva a los participantes y a otras personas.</p> <p>Enunciar la importancia de las frases motivadoras en el desarrollo familiar social y laboral.</p> <p>Propiciar la comunicación e integración grupal.</p>	<p>Dará instrucciones: anotar en una hoja cinco frases que motiven a uno mismo y a las demás personas. Luego se levantarán de su lugar y buscarán frases semejantes o iguales en los demás compañeros; cuando lo encuentren lo toman del brazo buscando a otros más. Dirigirá la lectura de las frases.</p>	<p>Trabajo individual.</p> <p>Ejercicio:</p> <p>Frases motivadoras.</p> <p>Lectura comentada.</p>	<p>Hojas blancas.</p> <p>Cinta adhesiva.</p>
60'	Ejercicio: Afectos Físicos	<p>Vivenciar el contacto físico entre los participantes.</p> <p>Narrar la experiencia vivida.</p> <p>Analizar la importancia de los afectos físicos en las relaciones interpersonales.</p> <p>Permitir la relajación grupal.</p>	<p>Introducirá al tema, citando investigaciones al respecto. Formará un semicírculo e indicará que cada uno hará lo quiera al osito, los demás observarán. Después indicará: hacer al que está a su derecha, lo mismo que le hicieron al osito.</p> <p>Dirigirá las participaciones.</p>	<p>Ejercicio: El osito.</p> <p>Relatoria vivencial.</p> <p>Lluvia de ideas.</p>	<p>Un oso de peluche grande.</p>

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
30'	Ejercicio: Demostración de Afectos	Experimentar los afectos que recibimos y que damos. Demostrar físicamente afecto y enojo. Analizar la comunicación interpersonal. Propiciar la comunicación grupal.	Formará dos filas de modo que queden parejas. De frente uno demostrará su afecto al otro, luego a la inversa; mostrará su enojo al otro, luego a la inversa. Uno demostrará lo que quiera al otro, luego a la inversa. Dirige las participaciones.	Ejercicio: Demostración de afectos. Relatoría vivencial.	
30'	Ejercicio: La regadera	Vivenciar el contacto físico entre los participantes. Narrar la experiencia. Propiciar la comunicación grupal.	Formará tres equipos. Dará instrucciones: Una persona de cada equipo será 'bañada' (manualmente) por el equipo ('regadera'); así, cada uno será 'bañado' por la 'regadera'. Dirigirá la actividad.	Ejercicio: La regadera. Relatoría vivencial.	
300'	Ejercicio: Revisión de los Contenidos del Curso.	Revisar los contenidos del curso. Recordar algunos elementos teóricos revisados. Propiciar la competencia grupal. Facilitar la comunicación por equipos.	Formará tres equipos. Dará instrucciones: por equipos determinarán a qué respuesta o definición, corresponde cada pregunta o concepto. Gana el equipo que logre más aciertos. Propicia la competencia y dirige la actividad.	Trabajo en equipo. Ejercicio: Revisión de los contenidos del curso.	Dos paquetes de tarjetas: uno con preguntas y conceptos y otro con respuestas y definiciones.
15'	Revisión de Cumplimiento del Objetivo Y Expectativas	Determinar el grado de cumplimiento del objetivo del curso. Conocer los comentarios de los asistentes en relación al curso e instructor Considerar los comentarios generales de los asistentes.	Planteará preguntas. Propiciará la participación. Dirigirá las participaciones.	Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	
15'	Evaluación del Curso e Instructor	Determinar la evaluación individual y grupal del curso e instructor.	Dará instrucciones.	Trabajo individual.	Formato para evaluar al curso e instructor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35

- CARTA DESCRIPTIVA -

CURSO: Calidad en la atención a la salud.

OBJETIVO: El participante será capaz de analizar los elementos que permiten favorecer la calidad en la atención a la salud, a través del incremento en la satisfacción del derechohabiente

DURACION: 5 Días.

NUMERO DE HORAS: 10 Horas.

DIRIGIDO A: Personal de base de la Clínica.

ELABORO: Psic. Rafael Monroy Avendaño.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 1</u>					
5'	Recepción y Bienvenida	Recibir a los participantes y darles la bienvenida.	Recibirá a los participantes, agradecerá su asistencia.		
10'	Presentación	Conocer el objetivo y contenido temático del curso.	Presentará el curso.	Expositiva.	Rotafolios.
10'	Contrato Grupal	Establecer las condiciones grupales propicias para el logro del objetivo.	Dirigirá las participaciones.	Lluvia de ideas.	Rotafolio.
45'	Ejercicio Roles Sociales	Ejemplificar los roles sociales. Analizar los roles sociales. Extrapolar el ejercicio en situaciones laborales. Facilitar la comunicación grupal.	Explicará el ejercicio; formará 3 equipos, asignará roles de pueblo (sin servicios médicos), arquitectos (diseño y planeación de una UMF) y gobierno (falta de recursos; propuestas alternas); el objetivo para los dos primeros, es construir una UMF. Planteará preguntas y dirigirá las participaciones.	Trabajo en equipo. Ejercicio: Pueblo, arquitectos y gobierno. Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	
20'	Calidad en los Servicios de Salud	Definir los conceptos de calidad y servicio. Enunciar la definición de calidad en los servicios de salud.	Expondrá. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Pizarrón.
30'	Fracaso en Iniciativas de Calidad	Enunciar los cuatro desajustes que conllevan al fracaso las iniciativas de calidad. Ejemplificar los cuatro desajustes.	Dirigirá las lecturas y comentarios. Planteará preguntas. Propiciará la participación.	Lectura comentada. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
Día 2 40'	Ejercicio: Taxi Espacial	Analizar la toma de decisiones en situaciones emergentes. Observar el manejo de argumentos, confrontada con la necesidad de acciones.	Explicará el ejercicio; solicitará siete voluntarios, asignará roles de: cardenal, vendedor exitoso, político importante, cantante famoso, etc. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Taxi espacial. Pregunta respuesta. Discusión dirigida.	7 tarjetas con los nombres de los personajes. Hoja de historia e instrucciones.
30'	¿Porqué Algunas Personas se Oponen a la Calidad?	Enunciar algunas ideas por las cuales hay oposición a las iniciativas de calidad. Proponer alternativas para eliminar la oposición a las iniciativas de calidad.	Repartirá tarjetas a los participantes, las cuales contienen frases que deben complementar, a partir de su apreciación. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Frases complementarias. Discusión dirigida.	Tarjetas con frases sobre la calidad y frases sobre la calidad.
20'	Actitud para la Calidad	Identificar la actitud de la anti-calidad. Reconocer la actitud de la pro-calidad.	Expondrá el tema. Presentará una crestomatía. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones	Expositiva. Audiovisual. Discusión dirigida.	Crestomatía de Los Simpsons: "Homero tiene pelo". Vídeo.
30'	El Costo de la Mala Calidad en los Servicios	Conocer las consecuencias de otorgar un mal servicio. Determinar las ventajas de otorgar un buen servicio.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Pizarrón.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 3</u> 30'	Integración Grupal	Analizar la importancia de la colaboración en un grupo. Propiciar la integración grupal.	Formará 3 equipos, cada uno nombrará un líder quien llevará al instructor el objeto solicitado. Competencia; el primero que entregue el objeto solicitado. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio. La gente pide. Discusión dirigida.	
30'	Factores que Determinan la Calidad en los Servicios	Reconocer los factores que determinan la calidad en los servicios de salud. Analizar los factores más importantes que influyen en la calidad en los servicios de salud.	Formará tres equipos. Explicará la actividad. Dirigirá las participaciones.	Corrillos. Discusión dirigida.	Material para el participante.
40'	Ejercicio: Dale una Estrella a tu Jefe.	Realizar un diagnóstico de actitudes de los jefes de servicio. Discutir los aspectos de confianza, atención, espontaneidad, significado y si mismo. Propiciar la retroalimentación para mejorar el estilo de liderazgo de los jefes de servicio.	Explicará el ejercicio. Distribuye los cuestionarios a los asistentes, quienes evaluarán del 0 al 10 a sus respectivos jefes de servicios. Intercambian los cuestionarios para después obtener una gráfica por servicio. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Trabajo individual. Trabajo en equipo. Ejercicio: Dale una estrella a tu jefe. Discusión dirigida.	Material para el participante, (cuestionario). Rotafolios.
20'	Calidad de Vida en el Trabajo	Enunciar la definición de calidad de vida en el trabajo Reconocer los elementos que influyen en la Calidad de vida en el trabajo. Analizar cómo incrementar la Calidad de vida laboral en la Clínica.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Propiciará la participación. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	Acetatos. Pizarrón.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
D/a 4 40'	Ejercicio: El legado	Fomentar la aceptación de decisiones fundamentales generadas por otros individuos. Observar las dificultades de llegar a una decisión en común. Propiciar la comunicación grupal.	Formar 3 equipos; dará instrucciones: conceder a cada heredero el animal que mejor le convenga, ponerse de acuerdo en un resultado único. Plenaria. Aclarará dudas. Coordinará la actividad. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Trabajo en equipo. Ejercicio: El legado. Pregunta respuesta. Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	Material para el participante. Rotafolios. Pizarrón
25'	Dinámica de Grupos	Reconocer los momentos que atraviesa un grupo operativo. Explicar las fuerzas de cohesión y locomoción grupal. Enunciar la influencia del grupo en la conducta del individuo.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas. Dirigirá participaciones	Expositiva. Pregunta respuesta. Lluvia de ideas.	Rotafolio. Pizarrón
25'	Alienación	Describir el concepto de alienación social. Reconocer la enajenación y anomia en el proceso de alienación. Ejemplificar la alienación, enajenación y anomia, en situaciones laborales.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Discusión dirigida.	Pizarrón.
15'	El conocimiento	Explicar los procesos de asimilación y acomodación. Reconocer el conocimiento como herramienta para el desarrollo.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Pizarrón
15'	Influencia de las Minorías	Señalar cómo grupos minoritarios ejercen influencia sobre la mayoría, Enunciar los procesos que requiere una minoría para ejercer influencia	Expondrá el tema Ejemplificará el tema. Propiciará la participación. Dirigirá las participaciones	Expositiva. Pregunta-respuesta. discusión dirigida.	Pizarrón.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 5</u> 30'	Misión	Definir el concepto de misión. Enunciar los elementos que debe contener una misión. Elaborar la misión individual de los asistentes. Enunciar la misión institucional de los asistentes.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Solicitará elaborar la misión de los asistentes. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Trabajo individual. Lectura comentada.	Rotafolios Hojas blancas
20'	El Instituto y yo	Determinar los conocimientos que se tienen sobre el IMSS. Reconocer algunos aspectos del IMSS. Identificar el compromiso que se tiene con el IMSS	Explicará la actividad. Propondrá el cuestionario a los asistentes para que lo contesten. Dirigirá la actividad y las participaciones.	Trabajo individual. Relatoría vivencial.	Materiales para el participante.
60'	Dinámica Vivencial: El mexicano	Relajación del grupo a través de una representación cómica. Vivenciar el monólogo representado. Valorar la historia y cultura de México. Propiciar el contacto físico entre los participantes. Narrar la experiencia vivida.	Representará a un personaje. Hará un monólogo sobre 'el mexicano'. Formulará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Monólogo. Relatoría vivencial.	Vestuario de mexicano con sombrero. Música pregrabada (vangelis, Enya y efectos de sonido). Diapositivas de piezas y zonas arqueológicas.
10'	Evaluación del Curso e Instructor	Determinar la evaluación individual y grupal del curso e instructor.	Dará instrucciones	Trabajo individual.	Formato para evaluar al curso e instructor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35

- CARTA DESCRIPTIVA -

CURSO: Psicología del liderazgo.

OBJETIVO: Generar en el participante habilidades de liderazgo, orientados a la solución de problemas y análisis de resultados, que permitan un mejor desempeño en sus áreas de trabajo.

DURACION: 2 Días.

NUMERO DE HORAS: 14 Horas.

DIRIGIDO A: Personal directivo de la clínica.

ELABORO: Psic. Rafael Monroy Avendaño.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
<u>Día 1</u>					
5'	Recepción y Bienvenida	Recibir a los participantes y darles la bienvenida	Recibirá a los participantes y agradecerá su asistencia.		
10'	Presentación	Conocer el objetivo y contenido temático del curso.	Presentará el curso.	Expositiva.	Rotafolios. Tripticos.
10'	Contrato Grupal	Establecer las condiciones grupales propicias para el logro del objetivo.	Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Lectura comentada	Material para el participante.
20'	Integración Grupal	Iniciar el proceso de integración grupal con ruptura de tensión inicial.	Dará las instrucciones. Dirigirá la actividad.	Ejercicio: Las firmas.	Material para el participante.
10'	Introducción	Enunciar al liderazgo como fenómeno social. Reconocer por qué la gente es líder.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	
15'	Antecedentes Históricos del Liderazgo	Revisar la evolución histórica del liderazgo.	Expondrá el tema.	Expositiva.	Rotafolios.
20'	Integración Grupal	Propiciar la integración por equipos. Analizar la importancia de la colaboración dentro de un grupo.	Formará 2 equipos. Repartirá dos juegos de tarjetas del 0 a 9 a los dos equipos, quienes formarán los números que pida el instructor. Promoverá la competencia. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Números.	Dos juegos de tarjetas grandes del 0 al 9.
10'	Definición de Liderazgo	Enunciar la definición de liderazgo. Distinguir el concepto de liderazgo de otros conceptos análogos.	Expondrá el tema Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Pizarrón. Acetatos.

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
30'	Estudio Científico del Liderazgo	Mencionar las contribuciones de los estudios referentes al liderazgo. Ejemplificar las aportaciones al liderazgo	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Rotafolios. Material para el participante.
60'	Ejercicio: Integración y Comunicación	Propiciar la comunicación no verbal entre los participantes. Narrar la experiencia. Reconocer la confianza en el liderazgo. Extrapolar el ejercicio en situaciones laborales.	En duetos, uno se vendrá los ojos y el otro lo guiará en el interior del aula, sin hablar. Posteriormente a la inversa, haciéndolos salir del salón y cambiando de 'guías' a los que están vendidos. (Puede haber variantes) Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Los lazanillos. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Vendas.
40'	Implicaciones del liderazgo: --Motivación --Control --Comunicación --Poder	Enunciar las implicaciones del liderazgo. Analizar las implicaciones del liderazgo sobre un grupo. Ejemplificar las implicaciones del liderazgo.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Rotafolios.
20'	Cómo se Ejerce el Poder	Distintuir las implicaciones del término poder. Explicar cómo se ejerce el poder según M. Faucoult.	Expondrá el tema. Dirigirá la lectura y participaciones.	Expositiva. Lectura comentada. Discusión dirigida.	Material para el participante.
60'	Ejercicio: Venta de Productos y de Ideas	Practicar la motivación como implicación del liderazgo. Extrapolar la venta de productos con la venta de ideas. Ejemplificar la 'venta' de una iniciativa de calidad a un grupo. Propiciar la relación del grupo.	Solicitará 3 voluntario que saldrán. Al grupo se indica ignorar la venta del primer producto, al segundo algunos plantean preguntas y al tercer todos cuestionan sobre su beneficio. Solicitará 2 voluntarios para vender una iniciativa de calidad. Dirigirá las participaciones	Ejercicio: Los vendedores. Preguntas: ¿A quién le comprarían y por qué? ¿Qué se requiere para 'vender' mejor?	Un mocejete. Un rodillo. Condones

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTORA	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
60'	Ejercicio: Estilos de Liderazgo.	Ejemplificar los estilos de liderazgo. Narrar el ejercicio. Identificar el líder autócrata, democrata y anárquico. Señalar la influencia del estilo de liderazgo en la dinámica de un grupo. Propiciar la comunicación grupal.	Formará 3 equipos, solicitará un líder por equipo quienes salen del salón. Se les asignará un rol a cada uno según las necesidades. De regreso en sus equipos actuarán el rol elaborando una construcción. Dirige la actividad y propicia la participación.	Ejercicio: Estilos de liderazgo (Los popotes). Relativa vivencial. Lluvia de ideas.	Popotes. Cinta adhesiva. Tarjetas con instrucciones de los estilos de liderazgo.
20'	Estilos de Liderazgo: • Autócrata • Democrata • Anárquico	Reconocer los estilos de liderazgo. Enunciar las características de cada uno de los estilos de liderazgo. Explicar el liderazgo situacional y su influencia en el grupo.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva Pregunta respuesta. Discusión dirigida.	Acetatos. Material para el participante.
30'	Grupo Operativo	Explicar las fuerzas que se presentan en un grupo: cohesión y locomoción grupal. Mencionar los momentos que atraviesa un grupo operativo. Enunciar la función del líder como facilitador en la dinámica de un grupo.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta respuesta. Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	Rotafolios. Pizarrón. Material para el participante.
<u>Día 2</u>					
20'	Integración Grupal	Analizar la importancia de la colaboración dentro de un grupo. Reconocer el papel del líder en una organización. Propiciar la relajación e integración grupal.	Formará tres equipos, se designará un líder por equipo, quién será el encargado de llevar al instructor el objeto que haya solicitado. Competencia entre los equipos. Gana el equipo que acumule más objetos y sean los primeros en entregárselos al instructor. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: La gente pide... Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	Una silla o mesa para colocar los objetos solicitados.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
10'	Comunicación	Enunciar la definición de comunicación.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva.	Rotafolio
10'	Componentes de la Comunicación Humana	Identificar los componentes de la comunicación humana. Ejemplificar los componentes de la comunicación humana.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Pizarrón.
10'	Tipos de Comunicación Humana	Describir los tipos de comunicación humana. Ejemplificar los tipos de comunicación humana.	Expondrá el tema. Ejemplificará el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Pizarrón
30'	Comunicación y Solución de Problemas (Individual)	Disertar en la solución de problemas. Señalar la importancia de la creatividad. Extrapolar el ejercicio en situaciones sociales y laborales.	Dará instrucciones: unir 9 puntos con 4 líneas rectas, sin despegar el lápiz; después con 3 líneas, luego con 2 y después con una línea recta (paulatinamente). Necesidad de creatividad en su solución de los problemas. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Unir 9 puntos Trabajo individual.	Pizarrón Regla grande.
60'	Comunicación y Solución de Problemas (Grupal)	Participar en equipo en la solución de un problema. Extrapolar el ejercicio en situaciones laborales. Propiciar la comunicación grupal.	Formará 4 equipos. Dará instrucciones: armar un hexágono. Primero no se puede hablar, después si se permite. Aclarará dudas para armar los rompecabezas. Conducirá las participaciones.	Ejercicio: Rompecabezas. Trabajo en equipo. Lluvia de ideas.	4 sobres con 5 piezas, previamente manipulados, de modo que 1 pieza para armarlo se encuentre en otro equipo.
30'	Problemas de Comunicación en las Organizaciones	Enunciar los problemas de comunicación en las organizaciones. Ejemplificar los problemas de comunicación en las organizaciones.	Expondrá el tema. Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Expositiva. Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	Acetatos. Material para el participante.

TIEM PO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
20'	Problemas en la Comunicación Hablada	Ejemplificar la distorsión de la comunicación desde su fuente original. Propiciar la relajación del grupo.	Solicitará 4 voluntarios, 3 de ellos salen del salón, leerá el mensaje al primer voluntario quien tendrá que transmitirlo a otro y éste a su vez al siguiente, sucesivamente. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: El teléfono descompuesto. Lluvia de ideas.	Escrito con el mensaje a transmitir.
20'	Problemas en la Comunicación Escrita	Reconocer los problemas en la comunicación escrita. Propiciar la relajación del grupo.	Solicitará 2 voluntarios, uno saldrá del salón, el otro leerá la primera parte de la carta al grupo. Luego entrará el otro a leer la segunda parte. Dirigirá las actividades.	Ejercicio: La carta del W.C.	Escrito de las cartas.
30'	Comunicación en Uno y Doble Sentido	Analizar la comunicación en un sentido. Ejemplificar las consecuencias de la comunicación en doble sentido. Extrapolar el ejercicio en situaciones laborales.	Solicitará un voluntario, quien de espaldas al grupo 'dicará' un dibujo sin que se hagan preguntas. Otro dibujo lo dictará de frente al grupo y sólo dos personas podrán preguntar. Comparar los dibujos realizados con los modelos originales. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: Comunicación en uno y doble sentido. Lluvia de ideas. Discusión dirigida.	Dos hojas con figuras geométricas. Hojas blancas.
20'	Rompiendo o Evitando la Comunicación	Distintuir cómo se rompe la comunicación tanto de emisor como de receptor.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Pregunta-respuesta.	Acetatos. Material para el participante.
40'	Descalificación Social y Comunicación	Vivenciar la descalificación social. Narrar la experiencia vivida. Analizar la descalificación social. Ejemplificar situaciones análogas.	Formará 3 equipos, solicitando 1 voluntario en cada uno (el más entusiasta), quienes salen del salón. Al grupo se indica ignorar a los voluntarios cuando éstos traten de integrarse a sus equipos respectivos. Dirigirá las participaciones.	Ejercicio: La descalificación social. Relatoria vivencial. Lluvia de ideas.	

TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES INSTRUCTOR	TECNICAS DIDACTICAS	APOYOS DIDACTICOS
20'	Liderazgo de Excelencia	Enunciar las características del líder de excelencia. Analizar el modelo ideal de liderazgo de excelencia.	Expondrá el tema. Planteará preguntas.	Expositiva. Discusión dirigida.	Acetatos. Material para el participante.
60'	Ejercicio: Maratón de Psicología del Liderazgo	Revisar los contenidos temáticos y actividades del curso. Señalar elementos teóricos revisados. Propiciar la comunicación grupal.	Formará 3 equipos. Dará instrucciones: al lanzar el dado el número que aparezca se avanzará si contestan correctamente las preguntas planteadas. Propiciar la competencia entre equipos.	Trabajo en equipo. Ejercicio: El maratón.	Maratón grande. Dado grande. Juego de tarjetas con preguntas y respuestas del curso.
10'	Revisión del Cumplimiento del Objetivo	Conocer el grado de cumplimiento del objetivo del curso.	Planteará preguntas. Dirigirá las participaciones.	Pregunta-respuesta. Lluvia de ideas.	
10'	Comentarios Generales	Conocer los comentarios a viva voz de los asistentes sobre el curso e instructor. Concluir el curso.	Dirigirá las participaciones.	Lluvia de ideas.	
20'	Evaluación del Curso-Instructor	Conocer la evaluación individual y grupal respecto al curso e instructor.	Explicará el formato a llenar.	Trabajo individual.	Formato para evaluar al curso-instructor.

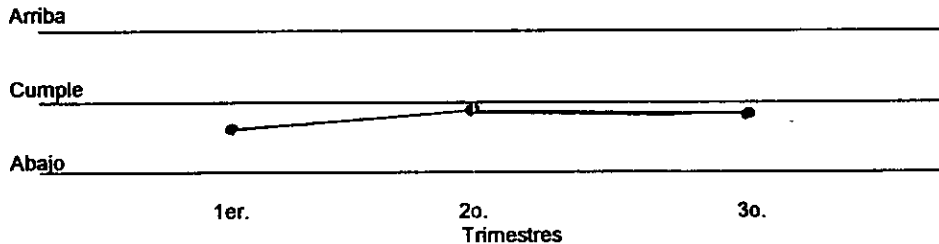
Servicio: Enfermería

Título: Reaprovisionamiento, control y optimización del material terapéutico a los servicios de la U.M.F. 35.

Misión: Suministrar de manera óptima y oportuna los recursos terapéuticos a los servicios, para proporcionar atención a la salud, con calidad, oportunidad y alto sentido humano.

Meta: Propiciar que el 95% del personal de enfermería, utilice adecuadamente el recurso asignado, evitando el desperdicio del mismo. Involucrar al 80% del personal médico para la optimización de material terapéutico que prescribe al derechohabiente, previa valoración.

Actividades realizadas: 13 reuniones de trabajo: 5 con personal de enfermería sobre análisis y actualización de dotaciones fijas y sobre la importancia de optimizar el material de curación; 3 con jefes de Departamento Clínico para la implantación de los paquetes de curación y 5 con el contador de la unidad para el análisis de las dotaciones de los servicios.

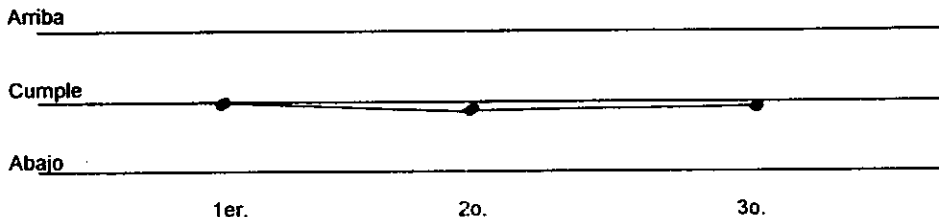
**Servicio:** Medicina Preventiva.

Título: Actualización del personal auxiliar de enfermería en salud comunitaria, sobre los programas médico-preventivos.

Misión: Garantizar el otorgamiento de la atención médico-preventivo con calidad y calidez en los programas vigentes.

Meta: Actualizar al 100% de los recursos de auxiliar de enfermera en salud comunitaria, en programas médico-preventivos.

Actividades realizadas: Pláticas y adiestramiento sobre: hidratación oral, esquema básico de inmunizaciones, esquema de nuevas vacunas; aspectos sobre vigilancia epidemiológica, cólera, dengue, VIH y médico-preventivos: T.B.P., cólera, H.T.A., sífilis y hepatitis B. Prevención de accidentes por heridas punzocortantes y extremar cuidados por contaminación.



Servicio: Jefatura de Departamento Clínico

Título: Determinación de factores que modifican la correlación clínico-diagnóstica-terapéutica de tres programas prioritarios.

Misión: Otorgar una consulta médica oportuna de calidad y alto sentido de responsabilidad médica, en beneficio de la población demandante.

Meta: Lograr un incremento porcentual del 90% en la congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica de los programas establecidos (I.R.A.; E.D.A. y D.M. II).

Actividades realizadas: Se llevaron a cabo sesiones modulares a través de sesiones bibliográficas (10) y asesorías personalizadas para reforzar y unificar el conocimiento de los estándares establecidos para los programas prioritarios. Análisis de expedientes clínicos de los consultorios y fomentar la participación del personal médico con el fin de involucrarlos en la solución de problemas del servicio. Evaluación de los casos de los expedientes clínicos para la congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica.

Arriba

Cumple

Abajo

1er.

2o.

3o.

Servicio: Laboratorio Clínico

Título: Evaluación de estrategias y métodos utilizados en el laboratorio de análisis clínico.

Misión: Brindar servicios de análisis clínicos a la población derechohabiente de la U.M.F. 35 con calidad y calidez en forma oportuna.

Meta: Alcanzar una satisfacción entre la población usuaria del 90%. Revisar y adecuar en un 100% de los métodos y estrategias usadas en el laboratorio.

Actividades realizadas: 18 juntas con el personal para analizar las actividades y métodos de las diversas secciones que conforman el laboratorio clínico, a fin de llegar a conformar un manual de operaciones y procedimientos, asistieron un promedio de 12 personas por sesión. Durante esas juntas se sensibilizó al personal para tener una mejor disposición de servicio al derechohabiente que solicita los servicios de laboratorio. Determinar el nivel de satisfacción del derechohabiente sobre el servicio.

Arriba

Cumple

Abajo

1er.

2o.

3o.

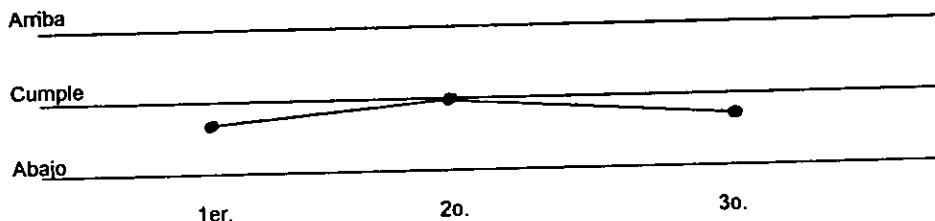
Servicio: Asistente médicos

Título: Cita previa

Misión: Proporcionar la atención al derechohabiente con oportunidad, calidad y calidez.

Meta: Reducir al 80% el tiempo de espera, por medio de la cita previa involucrando al equipo multidisciplinario.

Actividades realizadas: Sensibilizar al derechohabiente para la aceptación de la cita previa por medio de pláticas en la sala de espera, a través de trabajo social; con la señorita de orientación y quejas, con volantes anexo a la tarjeta de citas y con pláticas dirigidas a las asistentes médicas de manera formal e informal



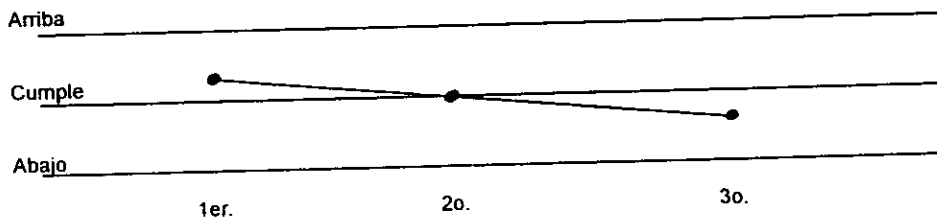
Servicio: Radiodiagnóstico (rayos X)

Título: Optimización del consumo de material radiográfico en la U.M.F. 35.

Misión: Otorgar servicios de estudios radiográficos en forma accesible, eficiente y efectiva con la calidad y calidez al derechohabiente.

Meta: Disminuir el material de consumo radiológico al derechohabiente en un 30%.

Actividades realizadas: 16 sesiones médicas con médicos familiares y radiólogos. 10 pláticas con técnicos radiólogos sobre actividades inherentes a su servicio.



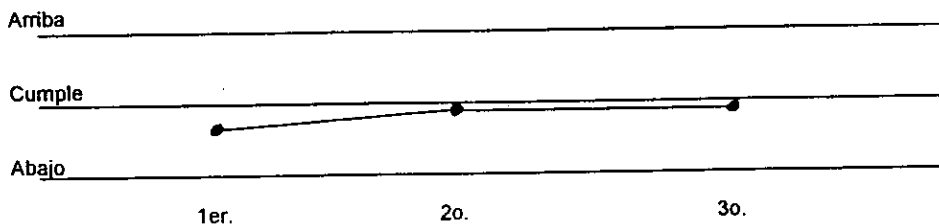
Servicio: trabajo social médico

Título: Integración del equipo de salud con el fin de brindar una atención oportuna al derechohabiente.

Misión: Motivar a la población derechohabiente para su autocuidado de salud, a través de su integración a los diferentes grupos de orientación, con calidad, calidez y oportunidad.

Meta: Mejorar la comunicación de trabajo social con todos los servicios, para lograr la integración del equipo multidisciplinario en beneficio del derechohabiente.

Actividades realizadas: 10 reuniones de información al personal de diferentes servicios, sobre las actividades que realiza trabajo social y su interrelación que tienen los diferentes servicios. Aplicar cuestionarios pretest (87.70) y postest (98.90).



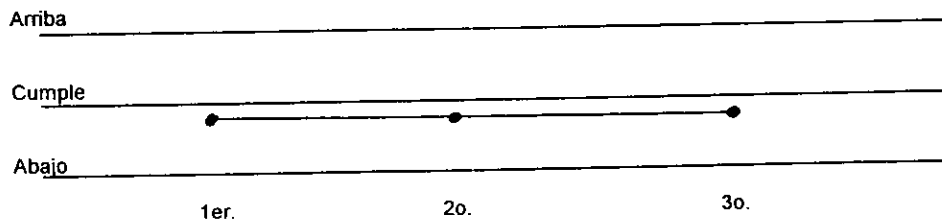
Servicio: Fomento de la salud

Título: Acciones para incrementar la salud de los trabajadores de la U.M.F. 35.

Misión: Incorporar al personal de la unidad, a las actividades de fomento de la salud, que permita mejorar sus condiciones de salud individual, familiar y laboral.

Meta: Difundir el programa de fomento a la salud en el 100% del personal de la unidad. Identificar factores de riesgo. Elaborar material de difusión.

Actividades realizadas: Pláticas educativas (77%), identificar factores de riesgo (65%), material de difusión (90%). Pláticas educativas relacionadas a la difusión del programa (5), pláticas educativas (40), cursos de capacitación (4), carteles elaborados (12), detecciones (210), DHTA (210), TOX. TET. (106)



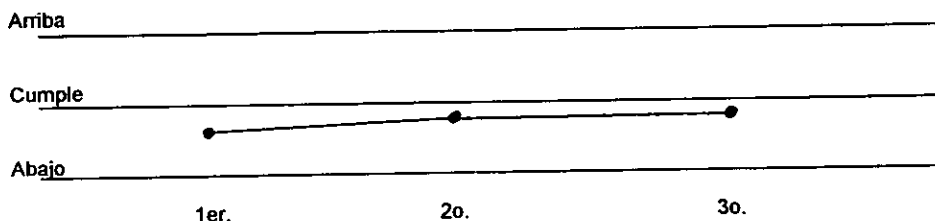
Servicio: Administración-Control de prestaciones

Título: Control de prestaciones un servicio con visión a la atención oportuna con calidad y calidez.

Misión: Integrar y dirigir una nueva forma de departamentalización en la que todos desarrollen sus habilidades en cuanto a experiencia para brindar al derechohabiente una atención eficaz.

Meta: Disminuir en un 90% los tiempos de espera del derechohabiente cuando solicita el servicio. Conformar un equipo de trabajo mediante la participación del 100% del personal de control de prestaciones.

Actividades realizadas: Identificar y evaluar estrategias y alternativas que permitan mejorar el servicio. Impartir el curso introducción a la computación y Nueva Tarjeta de Afiliación a todo el personal de control de prestaciones (archivo clínico). Gestión a la delegación 2, a fin de cubrir plazas vacantes (4) de oficial de servicios técnicos. Capacitar al personal en cursos de relaciones humanas y calidad de la atención a la salud.



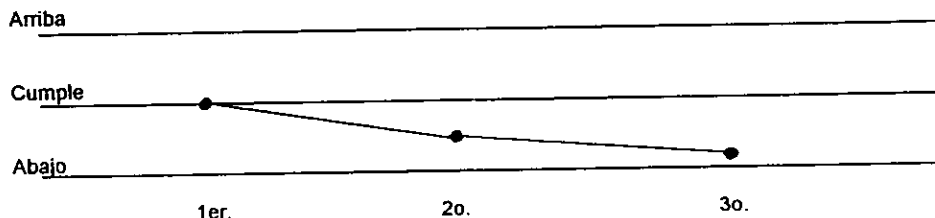
Servicio: Contabilidad

Título: Integración de los grupos informales del servicio de contabilidad

Misión: Contar con la información de los recursos financieros asignados a la unidad en forma oportuna y veraz para coadyuvar en la toma de decisiones y lograr el objetivo de la unidad a través de los prestadores de servicio.

Meta: Lograr el 90% de integración del grupo.

Actividades realizadas: Fomentar círculos de desarrollo en el cual participe el equipo natural de trabajo. Sensibilizar y motivar al equipo natural de trabajo a través de pláticas y cursos. Aplicar un cuestionario a los integrantes del equipo del equipo natural, para dar a conocer los avances del proyecto.



Servicio: Personal

Título: Atención oportuna al trabajador IMSS

Misión: Brindar solución oportuna, eficaz y eficiente a las necesidades administrativas que el trabajador presente, con apego a lineamientos Institucionales.

Meta: Fomentar las relaciones interpersonales en el servicio a través de cursos de relaciones humanas. Desempeñar con eficiencia las funciones que efectúa la oficina de personal.

Actividades realizadas: Aplicación de dos exámenes al personal operativo, reflejando en general un buen grado de conocimientos de los trámites que efectúa el departamento de personal. Dos sesiones sobre el procedimiento para trámite de vacaciones y movimientos de altas y bajas de trabajadores. Asistencia a los cursos de relaciones humanas, educación a la salud y módulos básicos. Aplicación de 200 encuestas a los trabajadores de diferentes categorías en ambos turnos, para conocer la eficiencia del servicio en relación a los trámites solicitados por el personal.

Arriba

Cumple

Abajo

1er.

2o.

3o.

Servicio: A.R.I.M.A.C.

Título: Disminución de tiempos de espera en la elaboración del expediente clínico.

Misión: Proporcionar la optimización de los recursos en beneficio de la población derechohabiente, para prestarles servicios con mayor eficiencia y calidez.

Meta: Disminución gradual en tiempos de espera en la elaboración del expediente clínico: 15 minutos mensuales. Lograr acuerdos con área médica, y archivo clínico (mensajeros, afiliación y vigencias) para el mejoramiento del servicio de ARIMAC.

Actividades realizadas: Coordinarse con categorías y servicios involucrados directamente con ARIMAC para el mejor funcionamiento de ésta. Llevar a cabo reuniones con médicos, cada dos meses a fin de mantener una comunicación directa para corregir desviaciones.

Arriba

Cumple

Abajo

1er.

2o.

3o.

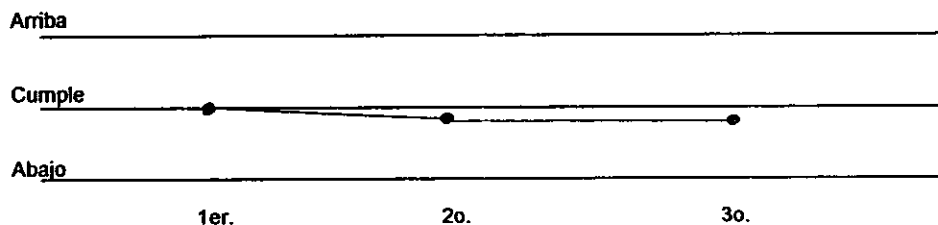
Servicio: Conservación

Título: Racionalizar el consumo de energía eléctrica y agua en la U.M.F. 35.

Misión: Concientizar sobre el uso racional de los recursos energéticos en el ahorro de los consumos, para lograr el bienestar y óptimo empleo de las instalaciones eléctricas e hidráulicas, con las que cuentan los servicios de la unidad.

Meta: Ahorrar en un 20% el consumo de energía eléctrica y un 10% en el consumo de agua.

Actividades realizadas: Colocación de reflectores especulares (545); conectar sólo una lámpara por cada dos que había, en una balastra; gabinetes que contengan foco incandescente de 75 watts, sustituirlo por lámparas compactas de 13 watts (43). Sustituir válvulas normales en los lavabos, por válvulas economizadoras de agua (21); colocar en los fluxómetros de los W.C. accesorios para que operen con 6 litros de agua en cada descarga (45).



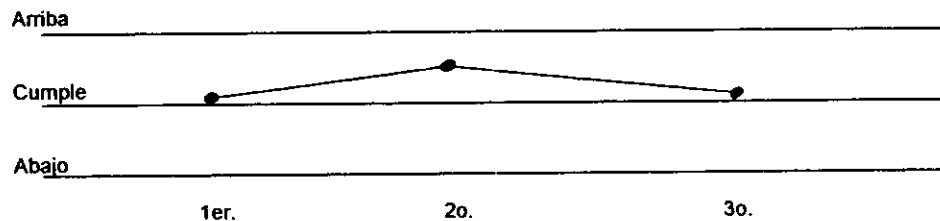
Servicio: Servicios básicos

Título: Limpieza de sanitarios al servicio de los derechohabientes.

Misión: Mantener el área de sanitarios públicos aseados para proporcionar al derechohabiente un servicio con la calidad que merece.

Meta: Alcanzar un 90% de limpieza en sanitarios públicos.

Actividades realizadas: Capacitar al 90% del personal de servicios básicos en módulos básicos; actualizar al 100% del personal en cursos técnicos de: técnicas de desinfección y técnicas de limpieza (múltiples). 14 reuniones de trabajo para analizar y unificar criterios en cuanto a los programas de trabajo, al mismo tiempo se efectuó la sensibilización del personal. Aplicación de 50 encuestas de satisfacción al derechohabiente, 94% de los cuales refirieron como bueno.



ANEXO 4-A

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

SERVICIO: ENFERMERIA

En enfermería

CONCLUSIONES.

Al no contar con el 100% de las dotaciones fijas calculadas de material de curación nos genera desmotivación en el personal de enfermería inquietud y disgusto al usuario de los servicios que prestamos como Unidades Médicas por lo que trataremos de optimizar los materiales existentes mediante la supervisión se evitará el dispendio con el fin de aprovechar al máximo el escaso recurso que llegue.

Los recursos humanos se prioriza la atención pero el personal tiene insatisfacción tanto personal como laboral

En cuanto al equipo e instrumental que tiene 15 años de uso ya resulta un tanto incosteable su reparación y no tanto es lo incosteable, sino que regresa de ser recién reparado y de todas formas ya no es funcional.

La Unidad de mando debe ser respetada y la comunicación formal debe estar implantada ya que en este momento su control dificulta la operatividad de ambas.

ANEXO 4-B

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

SERVICIO: ADMINISTRACIÓN

X. CONCLUSION .

Es sabido que para lograr alcanzar los objetivos, de cualquier empresa, se utilizan equipos, materiales, conocimientos e individuos experimentados, mismos que son conjuntados para determinados tipos de actividad y aunado con la tecnología, tamaño de la empresa y el ambiente existente son los que nos determinan la variante de nuestra Institución.

De igual manera, todo Administrador tiene como función principal el PLANEAR, ORGANIZAR, DIRIGIR, INTEGRAR y CONTROLAR todos los recursos existentes que nos permitirán establecer parámetros a corto y mediano plazo, así como un rango de aceptación de la productividad trazada y alcanzada.

Es el caso de este Diagnóstico Situacional, que nos permitirá en forma verídica conocer el estado actual de esta Administración y de todos los servicios que integran la U.M.F. No. 35 y para ayudarnos al análisis para la adecuada toma de decisiones, planeando las actividades a realizar para el próximo año, pretendiendo mejorar y proporcionar al usuario final una atención oportuna, con eficacia, -- con calidad y con calidez humana.

ANEXO 5

DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL UMF. 35



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA

JEFATURA DE SERVICIOS DE PERSONAL Y DESARROLLO

REPORTE DE
DIAGNOSTICO
ORGANIZACIONAL

SISTEMA:

SUBSISTEMA:

FECHA

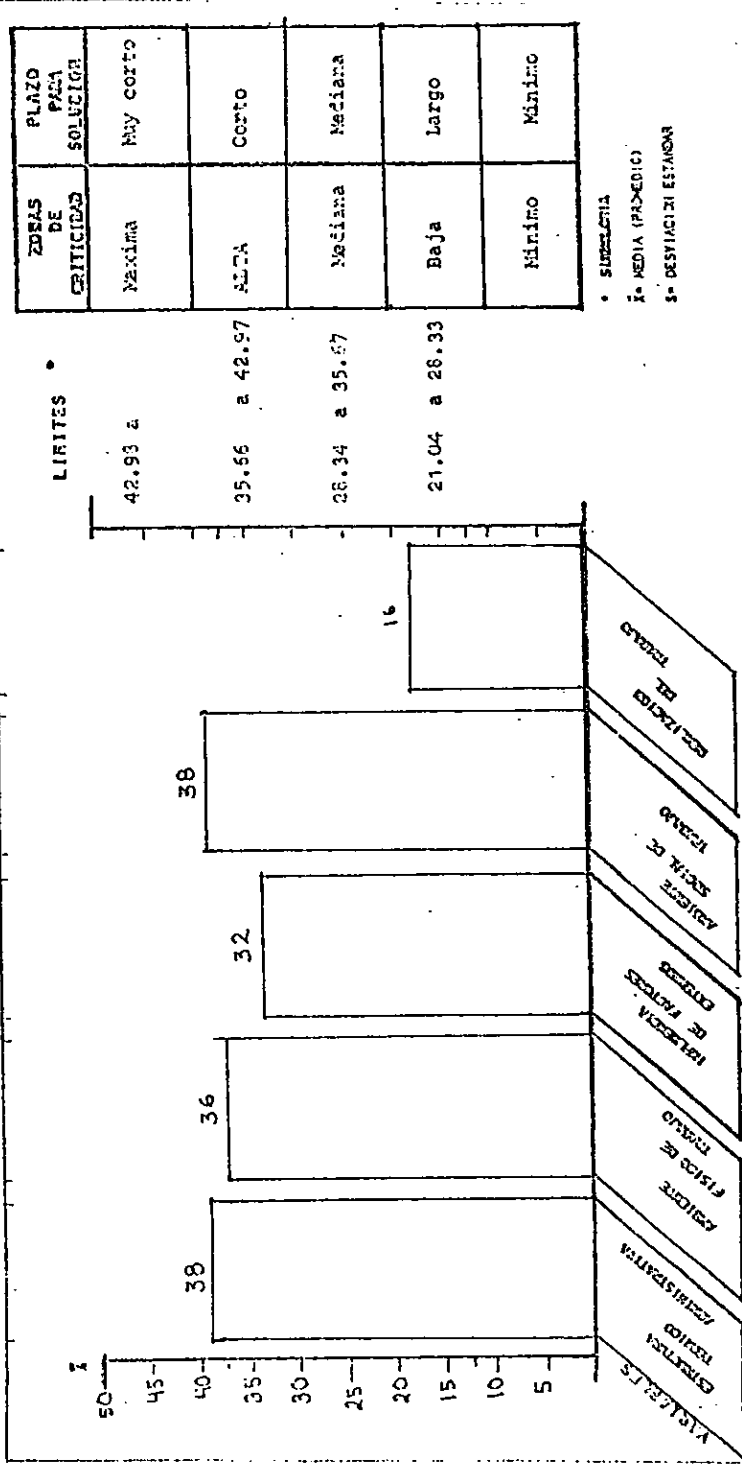
DIA/MES/AÑO

01 96

HOJA

DE

GRAFICA DE CRITICIDAD POR VARIABLES T-90



ANEXO 6

FORMATO PARA LA EVALUACIÓN DEL CURSO E INSTRUCTOR



SUBDIRECCION GENERAL
ADMINISTRATIVA
SERVICIOS DE SERVICIOS
DE PERSONAL Y MATERIAL

SISTEMA IMSS - CAPACITACION EVALUACION DEL INSTRUCTOR/CURSO

FECHA DE ELABORACION: DIA MES AÑO
SIC-05

NOMBRE DEL INSTRUCTOR: RAFAEL ANDRÉS AVENDAÑO NOMBRE DEL CURSO: RELACIONES HUMANAS
 MATRICULA: PRASABE DE ESCUELA FECHA INICIO: 20 FEBRERO 198 FECHA TERMINO: 27 FEBRERO 1988

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE EL PROPOSITO DE CONOCER SU OPINION SOBRE EL DESEMPEÑO DEL INSTRUCTOR Y EL DESARROLLO DEL CURSO, A FIN DE PROPORCIONAR NIVELES SUPERIORES DE LA CAPACITACION, POR LO QUE SOLICITAMOS ANOTE LA CALIFICACION QUE CONSIDERE ADECUADA A CADA FACTOR

VALORES	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BUEO	EXCELENTE
	4	6	8	10

I N S T R U C T O R	
No.	FACTORES DE VALORACION
1	LA INFORMACION QUE DID EL INSTRUCTOR AL GRUPO SOBRE LOS OBJETIVOS DEL TEMA O CURSO FUE: 10
2	EL CONOCIMIENTO DEL TEMA IMPARTIDO POR EL INSTRUCTOR SE MANIFESTO EN FORMA: 10
3	EL INSTRUCTOR ESPUDO SU(S) TEMA(S) CON CLARIDAD: 10
4	RECONOCIÓ A LAS NECESIDADES SURGIDAS DURANTE LA IMPARTICION DEL TEMA, EN FORMA: 10
5	EL INSTRUCTOR PROPUSO UN CLIMA DE COLABORACION ENTRE INTEGRANTES DEL GRUPO: 10
6	APROVECHO EL MATERIAL DIDACTICO DISPONIBLE PARA APOYAR EL APRENDIZAJE DEL GRUPO: 10
7	EL TIEMPO PROGRAMADO PARA SU EXPOSICION FUE APROVECHADO POR EL INSTRUCTOR EN FORMA: 10
8	MANTUVO EL INTERES DEL GRUPO EN LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: 10
9	LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, FACILITARON EL APRENDIZAJE EN FORMA: 10
10	SU LUGAR DE SUPERVISION AL TRABAJO DE EQUIPO FUE: 10

C U R S O	
No.	FACTORES DE VALORACION
1	SUS EXPECTATIVAS RESPECTO AL CURSO, SE VIERON SATISFECHAS EN FORMA: 10
2	LOS CONOCIMIENTOS QUE USTED OBTUVO EN EL CURSO, SE APLICAN O APOYAN SUS LABORES EN FORMA: 10
3	EL MATERIAL DIDACTICO APOYO EL APRENDIZAJE DEL GRUPO EN FORMA: 10
4	LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS SE LLEVARON A CABO DE ACUERDO A LO PREVISTO EN FORMA: 10
5	LOS OBJETIVOS DEL CURSO, SE CUMPLIERON EN FORMA: 10

SUBTOTAL
X 2 = CALIFICACION DEL CURSO

COMENTARIOS: HE TAPADO EXCELENTE PORQUE EN LO PERSONAL ME HA REGOCIADO MUCHO Y SE QUE SIEMPRE LEVARE UN BAJICO SI YO SE DER ANSIDAD A LAS SEMANAS ME DEX CUERPO QUE REGLARE BASTANTO Y ADECTO.