

21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION DEL PROGRAMA DE CAPACITACION "ACTUALIZACION DE ASISTENTES MEDICAS Y COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS" EN LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LA DELEGACION 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

VERONICA JOSEFINA CARRILLO LEGORRETA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JOSE RAMON SILVA SANCHEZ

ASESOR ESTADISTICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ



FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.

2000

285505



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Dedicatoria:

*A ti mamá, por todo tu amor y
fortaleza que siempre me ha
impulsado a ser mejor cada día.*

*A ti abuelita, por todo el cariño, cuidado
y ternura que siempre me has dado.*

*Tía Lichita, a donde quiera que estés
he aquí el fruto de lo que muchas veces
me enseñó tu hermosa actitud ante la vida.*

*A ti Marco, que con tu ejemplo,
paciencia y amor me has ayudado
a crecer junto contigo.*

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a todos los profesores que con sus conocimientos me permitieron llegar a la meta, muy en especial a el Lic. Ramón Silva, Lic. Raúl Tenorio, Lic. Carlos Peniche, Lic. Eugenia Velasco, Lic. Isaura López, así como a Christopher Ormsby, Lidia Barragán, Pablo Fernández, Lucio Cárdenas, Mario Cisero, José Meza, Laura Somarriba, Martha Padilla y Celso Cerra, quienes participaron en la validación del instrumento de evaluación.

También, como parte fundamental del desarrollo de esta investigación, mi total reconocimiento a todo el personal que labora en la Coordinación de Organización y Calidad de la Delegación no. 2 del I.M.S.S. particularmente, al valioso apoyo de la Lic. Aurora González, titular de dicha instancia, Lic. Teresa Olvera y Lic. Lilia Márquez.

No puedo dejar de mencionar al Lic. Aarón Salinas, quien sin sus atinadas observaciones no hubiese sido posible la culminación de este trabajo.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO 1. EVALUACION DE LA CAPACITACION.</u>	
1.1 Antecedentes de la capacitación	5
1.2 Definición de términos	7
1.3 Objetivos de la capacitación	9
1.4 Problemas relacionados con la capacitación	10
1.5 Enfoque sistémico de la capacitación	12
1.6 Evaluación de la capacitación	15
1.6.1 Concepto	16
1.6.2 Alcances de la evaluación de la capacitación	17
1.7 Evaluación de impacto o de seguimiento	20
1.8 Metodología de la evaluación de la capacitación	21
1.8.1 Medidas de evaluación	23
1.8.2 Procedimiento de evaluación de la capacitación	24
<u>CAPITULO 2. LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU EVALUACION</u>	
2.1 Definiciones y evolución de los enfoques de calidad	27
2.2 Servicios de calidad	34
2.3 La calidad en los servicios de salud	38
2.4 Evaluación de la calidad en los servicios de salud	39

CAPITULO 3. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: INICIO, EVOLUCION Y PROYECCION

3.1 Antecedentes de la seguridad social nacional e internacional	43
3.2 Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.)	47
3.2.1 Definición	47
3.2.2 Misión	47
3.2.3 Nueva Ley del Seguro Social	48
3.2.4 Estructura organizacional	49
3.2.5 Organigrama	50
3.2.6 Cobertura	51
3.3 Modernización institucional	51
3.3.1 Modernización y capacitación	55
3.3.1.1 Programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas"	56
3.3.1.2 Creación y desarrollo de las categorías Asistente Médica y Coordinadora de Asistente Médica	57

CAPITULO 4. METODOLOGIA

4.1 Planteamiento y justificación del problema.	59
4.2 Hipótesis	60
4.2.1 Hipótesis de trabajo	60
4.2.2 Hipótesis estadística	61
4.3 Variables	61
4.3.1 Definición conceptual de variables	61
4.3.2 Definición operacional de variables	65
4.4 Tipo de estudio	70
4.5 Diseño	70
4.6 Sujetos	70
4.7 Muestreo	71
4.8 Instrumentos de evaluación	80

4.8.1 Entrevista	80
4.8.2 Cuestionario	91
4.8.2.1. Confiabilidad	91
4.8.2.2 Validez	92
4.9 Materiales	108
4.10 Escenario	108
4.11 Procedimiento	108

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1 Resultados del desarrollo del cuestionario	111
5.2 Resultados de la aplicación del cuestionario	142

CONCLUSIONES	179
---------------------	-----

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	190
-----------------------------------	-----

Bibliografía	194
--------------	-----

Anexo 1	198
---------	-----

Anexo 2	205
---------	-----

Anexo 3	207
---------	-----

INTRODUCCION

Si bien el logro de los propósitos de una empresa depende de todos los recursos con que ésta cuente, uno de los más importantes es sin duda el humano, el cual además de aportar sus esfuerzos y conocimientos, ha de tener una actitud sensible ante la calidad que demanda la competencia mundial actual.

La continua transformación del aparato productivo nacional, así como la irrupción acelerada de nuevas tecnologías en diversos servicios que ofrece el Estado Mexicano, especialmente en el ámbito de la seguridad social, donde se debe responder a la necesidad creciente de atención médica que ofrecen instancias como el Instituto Mexicano del Seguro Social, exigen sin lugar a dudas, la capacitación y actualización efectiva del recurso humano con que éstas cuentan.

Ya desde antes de que los sistemas de trabajo fueran transformados a consecuencia de la sustitución del hombre por las máquinas, la capacitación de los aprendices era indispensable para transmitir y heredar los conocimientos y habilidades de diversos oficios, sin embargo no fue sino hasta la revolución industrial que la carrera incesante por crear nuevos métodos y formas para producir más con menos, impulsó con mayor fuerza la capacitación de los trabajadores, la cual en términos generales ha contribuido a resolver una serie de problemas relacionados con el desempeño de éstos, lo que a su vez ha permitido incrementar la productividad de las empresas y promover así su desarrollo y expansión.

Actualmente la tendencia de sus objetivos se dirige ya no sólo a proveer de conocimientos, habilidades y actitudes a los empleados, sino también a la generación de una cultura de calidad empresarial, en la que todos y cada uno de los que forman parte de la organización deberán aportar el eslabón de la cadena que conlleve al cumplimiento de las metas de la misma. En virtud de tan alta responsabilidad, es obligación de quienes la administran, evaluar científicamente sus resultados.

Conocer los efectos de la capacitación sobre la calidad con que los empleados realizan su trabajo, nos ofrece la oportunidad de retroalimentar a la primera, y también al macrosistema dentro del cual se imparte la misma.

El análisis y evaluación de la capacitación de los trabajadores, particularmente en aquellas instituciones de salud pública, en donde el desempeño de éstos afecta a un elevado y sensible sector de la sociedad, son sumamente importantes, más aún cuando los usuarios de estas instancias demandan en su condición de enfermos no sólo una atención médica oportuna, con alta tecnología, conocimientos de vanguardia, medicamentos suficientes etc., sino también un trato amable, sensible, y empático con el dolor humano que evidentemente sólo puede ser proporcionado por personal cálido y comprometido con un servicio de calidad.

Así, el presente estudio tuvo como finalidad conocer los resultados de la capacitación en términos de sus efectos sobre la calidad del servicio de las Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas asignadas a las 23 Unidades Médicas de la Delegación no. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para lo cual se realizó la revisión bibliográfica relacionada con la capacitación, la calidad, la evaluación de ambas, así como los antecedentes y avances del Instituto en estas tres materias.

En el capítulo 1, se describen los antecedentes, objetivos y tipos de capacitación, los problemas que giran en torno a ésta, así como el enfoque sistémico a través del cual se retoma el tema central de esta investigación: el subsistema de evaluación. Al respecto se señalan algunas de sus clasificaciones y se proporcionan diversos aspectos de la metodología que se ha empleado para evaluar la capacitación.

Posteriormente, en el capítulo 2 se presenta un resumen de los principales enfoques y definiciones de calidad que ha aportado la Administración, algunas cuestiones relevantes que forman parte de los servicios de calidad, incluidos los del sector salud y la experiencia que ha aportado este ramo a la evaluación de la calidad del servicio médico.

Con el fin de interpretar los resultados dentro de un contexto objetivo y cercano a la realidad, en el capítulo 3 se exponen algunos hechos históricos que sustentan la evolución de la seguridad social nacional e internacional, un panorama general de lo que hoy es el Instituto Mexicano del Seguro Social y los proyectos de modernización de esta instancia en cuestiones de capacitación y calidad, dentro de los cuales se contempla al personal que fué evaluado.

En el capítulo 4 se detalla minuciosamente la metodología empleada, la cual propone entre otras cosas, que la evaluación de la capacitación en el área de salud, no sólo debe estar enfocada a medir sus efectos sobre la calidad técnica, sino también sobre la calidad de la relación interpersonal con que se presta el servicio médico, así mismo debe considerar todas aquellas variables ajenas a la capacitación que puedan influir negativamente sobre sus objetivos, a las cuales se les denominó obstáculos de la calidad. De igual forma se describe el desarrollo de la construcción del instrumento de evaluación utilizado, cuyo diseño permitió interpretar los resultados de la capacitación multidimensionalmente, es decir desde el punto de vista de prestadores y usuarios del servicio.

Por último los resultados del programa se presentan en el Capítulo 5 cuyo análisis y conclusiones identifican elementos que apoyan, pero que también distorsionan y perturban la calidad del servicio encontrada en el personal evaluado.

CAPITULO 1

EVALUACION DE LA CAPACITACION

Las empresas son unidades de producción, organismos sociales que operan como sistemas complejos al conjugar recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, para la obtención de bienes y/o servicios orientados a la satisfacción de las necesidades que les dieron origen.

Aunque no siempre se les ha dado la importancia que merecen, los recursos humanos hacen hoy en día la diferencia entre la gran gama de productos o servicios que se ofrecen con características indistintas; el toque humano, en algunas ocasiones sutil, y en otras drástico, es sin lugar a dudas el elemento clave del éxito de muchas organizaciones de nuestro tiempo.

Al respecto los responsables de la administración de los recursos humanos, se han enfocado a trabajar sobre tres momentos fundamentales del personal que labora en una empresa: el de ingreso, que incluye procesos como el de reclutamiento, selección, contratación e inducción; el de permanencia o servicio, en donde se llevan a cabo los programas de capacitación, desarrollo, sueldos y salarios, relaciones laborales, servicios y prestaciones entre otros; y el de egreso o terminación de la relación de trabajo, donde se controla la salida del personal por medio del despido, renuncia, jubilación, licencias, incapacidades, abandono y muerte principalmente.

Por lo que se refiere a la capacitación, entendida como el proceso de enseñanza-aprendizaje que pretende modificar la conducta de las personas en forma planeada y conforme a objetivos específicos, la historia nos revela que ésta ha existido desde siempre; algunos hechos tales como la Revolución Industrial, la evolución de la Administración Científica, el nacimiento de la Psicología Industrial, así como las dos guerras mundiales han contribuido de manera sustancial a su desarrollo.

1.1 ANTECEDENTES DE LA CAPACITACION

En el período de las civilizaciones antiguas como Egipto y Babilonia, la capacitación era organizada para mantener una cantidad adecuada de artesanos.

En el siglo XII, se crean los gremios, es decir, grupos de trabajadores que se unían con el fin de proteger intereses comunes, y en los que un maestro, transmitía sus habilidades y conocimientos a sus aprendices con respecto a la totalidad del proceso de elaboración de los productos.

El contexto socioeconómico previo a la revolución industrial consideró a la capacitación, más que un proceso educativo, una fórmula para controlar los “secretos” de los diferentes oficios con el propósito de proteger intereses económicos y de estatus social de artesanos y comerciantes.

Durante la revolución industrial (siglo XVIII), la capacitación se transformó al incorporar un nuevo método que consistía en especializar a los trabajadores en una sola parte del proceso de fabricación, este hecho marcó la transición de una sociedad agrícola a una industrial.

El crecimiento acelerado y desorganizado de las empresas como consecuencia del desplazamiento de la energía humana por las máquinas, creó la necesidad de mejorar los sistemas de administración, que hasta ese momento se habían llevado a cabo de manera empírica. Sin embargo, no fue sino hasta principios del siglo XX que Taylor, junto con Fayol, estableció las bases de la ciencia administrativa al realizar una serie de estudios de tiempos y movimientos, con el objeto de maximizar la eficiencia y la productividad de los empleados.

En ese sentido, la capacitación descuidó el lado humano y se enfocó a elevar los niveles de producción del trabajador, quien era considerado tan solo como un elemento más del proceso.

Posteriormente los estudios de Mayo (Mayo, 1927; citado por Tayson, 1989), en los que se buscaba conocer la relación entre las condiciones de trabajo y la eficiencia del trabajador, indicaron que para éstos, no son suficientes las condiciones económicas que ofrece la organización, además requieren estar satisfechos en aspectos subjetivos que tienen que ver con el trato que reciben y el gusto por el tipo de entorno social. Así, sus conclusiones dieron lugar al nacimiento de la escuela de las relaciones humanas

(Estados Unidos), que como una oposición radical a la teoría clásica de Taylor y Fayol, desplazaba su atención del análisis de la tarea y del proceso productivo a las relaciones humanas, y, lo más importante, abría una nueva era de investigación psicológica en la industria.

Con esta nueva visión, la fábrica asumió una dimensión social, en adición a su aspecto económico, luego entonces la capacitación se impartió a los directores, gerentes y supervisores para enseñarles la forma de dirigir, motivar y tratar a los empleados para así satisfacer sus necesidades y expectativas.

Poco antes de los estudios realizados por Mayo en la planta Hawthorne de la Electric Co. de Chicago, dio inicio la primera guerra mundial (1914-1917), durante la cual se dio entrenamiento a la población civil sobre aspectos bélicos; en Estados Unidos se desarrolló una fórmula que modificó sustancialmente la eficiencia y el costo de la capacitación, misma que se denominó como el “método de los cuatro pasos”: explicar, demostrar, ejecutar y verificar.

Aún cuando Scott y Münsterberg (Scott, 1903 y Münsterberg, 1913; citados por Naylor y Blum, 1977), ya habían sentado las bases de la Psicología Industrial, fue hasta la segunda guerra mundial que esta disciplina creció considerablemente. Como en la primera guerra mundial, se hizo hincapié en la construcción de pruebas para seleccionar y clasificar reclutas, en programas de adiestramiento especializado, técnicas de análisis de puestos y evaluación del rendimiento.

Según Nash (1998), a mediados de los años 50 la mitad de todas las compañías importantes de Estados Unidos contaban con algún tipo de programa de capacitación, y a finales de los años 70, el 75% de todas las compañías importantes (aquellas con más de 5000 empleados), tenían departamentos independientes dedicados exclusivamente a ofrecer una gama completa de programas de capacitación.

En 1978, la capacitación se elevó a rango de derecho social en México, tal y como lo estipula la Ley Federal de Trabajo actual.

Durante muchos años la tendencia fue proporcionar capacitación con mayor énfasis en los niveles operativos, poco a poco los directivos fueron incluidos en ella con temas como liderazgo, manejo de grupos, relaciones humanas, etc.

Nash, comenta que entrados los noventas, los momentos más comunes en los que los trabajadores recibían capacitación eran el de inducción y el de entrenamiento en el puesto, y agrega que cuanto más bajo fuese el nivel que la persona ocupara dentro de la organización, mayor era la probabilidad de que la orientación y la capacitación en el trabajo fueran la única experiencia de instrucción; en contraste dice, los niveles gerenciales ya salían de la empresa para asistir a cursos especiales en las universidades o instancias de alto prestigio.

Actualmente, las carencias de habilidades y conocimientos de los recursos humanos siguen siendo atendidas por las empresas a través de adiestramiento, desarrollo, educación y capacitación. Aunque cada uno de éstos términos se han usado de manera indistinta, existen algunos aspectos que los diferencian entre sí, como se describe a continuación.

1.2 DEFINICION DE TERMINOS

- **Adiestramiento:** Conjunto de acciones destinadas a desarrollar habilidades y destrezas del trabajador, con el propósito de incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo.¹ Responde sobre todo al área de aprendizaje psicomotriz y en general los autores utilizan el término para referirse al entrenamiento de los puestos operativos.
- **Desarrollo:** Es el proceso que consiste en acentuar o adquirir valores y tales como el fortalecimiento de la voluntad, la disciplina del carácter, cultivo de la inteligencia, sensibilidad hacia los problemas humanos, trabajo en equipo, la creación de hábitos etc.² En otras palabras, está dirigido a complementar el área afectiva para la formación integral del hombre.
- **Educación:** Proceso continuo de enseñanza aprendizaje que abarca toda la actividad humana, a través del cual un individuo o grupo de ellos, van adquiriendo un repertorio tal de comportamientos que les hace posible su supervivencia en la sociedad en la que se desenvuelven.³

¹ Grados, A. J. (1999). *Capacitación y Desarrollo del Personal*. Edit. Trillas.

² Arias, G. F. y Heredia, E. V. (1999). *Administración de Recursos Humanos*. Edit. Trillas.

³ Reza, T. J. (1995). *Cómo diagnosticar las Necesidades de Capacitación en las Organizaciones*. Edit. Panorama.

- **Entrenamiento:** -Training en inglés, usando la imagen de subirse a un tren en marcha – se comprende toda clase de enseñanza que se da con fines de preparar a trabajadores y empleados convirtiendo sus aptitudes innatas en capacidades para un puesto determinado.⁴
- **Capacitación:** Dado que la evaluación de la capacitación es tema central del presente estudio, a continuación desarrollaré su definición con mayor amplitud.
 - Acción o conjunto de acciones tendientes a proporcionar y/o a desarrollar las aptitudes de una persona, con el afán de prepararla para que desempeñe adecuadamente su ocupación o puesto de trabajo y los inmediatos superiores. Responde sobre todo al área cognoscitiva del aprendizaje (ver nota de pie de página 3).
 - Consiste en dar al empleado elegido la preparación teórica que requerirá para llevar a cabo su puesto con toda eficiencia (ver nota de pie de página 4).
 - Sistema que consta de una serie de fases encaminadas a dotar al personal, de conocimientos, desarrollar habilidades y mejorar sus actitudes para el logro de objetivos organizacionales, del área de trabajo y del desarrollo integral individual.⁵

Según esta última definición, la capacitación puede abarcar las tres áreas de aprendizaje descritas por Bloom (1975).

a) **Area Cognoscitiva:** Comprende los procesos de tipo intelectual, tales como la atención, memoria, análisis, abstracción y reflexión.

b) **Area Afectiva:** Se refiere a las actitudes, intereses, valores y opiniones que un individuo tiene sobre diversas situaciones, personas, estructuras etc., así como a la expresión y sensibilidad estética.

c) **Area Psicomotriz:** Tiene que ver con las habilidades y destrezas que aunque dependen de procesos cognoscitivos, son físicamente observables.

Cabe señalar que mientras en México es utilizado el término Capacitación, en los países latinoamericanos su equivalente es Formación Profesional y en Norteamérica, Training.

⁴ Reyes, P.A (1996). Administración de Personal, 1ª Parte. Edit. Limusa.

⁵ Rodríguez, V. J. (1993). Administración Moderna de Personal. Edit. ECASA.

1.3 OBJETIVOS DE LA CAPACITACION

De acuerdo con la Ley Federal de Trabajo, Art. 153-F, el objetivo de la capacitación consiste en: actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad, proporcionarle información sobre la nueva tecnología, prepararlo para una vacante o puesto de nueva creación, prevenir accidentes de trabajo e incrementar la productividad.

Pinto (1990), menciona que la capacitación contribuye a preparar a los empleados para el adecuado ejercicio de sus derechos y el cabal cumplimiento de sus obligaciones inherentes a la relación laboral, crea conciencia en ellos acerca de la importancia de la prestación de servicios, da a conocer la naturaleza y objeto social de la empresa y del medio en el que se desenvuelve, los prepara para mejorar las relaciones internas en la compañía y las externas en aquellos puestos que así lo requieren y consecuentemente eleva la imagen de la misma.

Rodríguez (1993), señala al respecto que la capacitación promueve el mejoramiento de sistemas y procedimientos administrativos, favorece la reducción del movimiento de personal, los costos de operación etc.

Finalmente Grados (1985), clasifica a la capacitación por el objetivo que pretende de la siguiente manera:

- a) Capacitación Prelaboral.- Se utiliza con fines de selección, concentrándose en proporcionar al nuevo personal los conocimientos, habilidades y/o destrezas necesarias para la ejecución de las actividades del puesto.
- b) Capacitación inductiva.- Se proporciona a los trabajadores de nuevo ingreso para, ambientarlos a su lugar de trabajo.
- c) Capacitación en el puesto.- Como su nombre lo indica, se imparte a los trabajadores que laboran ya en un puesto específico y sirve para mejorar su desempeño dentro de él, lo cual representa una posibilidad de promoción.
- d) Capacitación para cambio de puesto.- Es aquella en la que se proporcionan nuevos conocimientos al trabajador que ocupará un puesto diferente dentro de la organización.
- e) Capacitación para el Desarrollo.- Satisface la demanda de superación personal del trabajador.

f) Capacitación como canal de comunicación.- Sirve para establecer un canal de comunicación entre todos los niveles de la organización, para adecuarse a las exigencias tanto internas como externas.

1.4 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CAPACITACIÓN

En la actualidad existen todavía grandes resistencias por parte de los empresarios para considerar a la capacitación como herramienta efectiva para enfrentar el cambio, adaptarse a la modernidad, incrementar la productividad, modificar actitudes y desaparecer vicios ancestrales. En el mejor de los casos ésta se encuentra presente de manera muy rudimentaria. Según Reza (1995), las excusas más frecuentes que utilizan los empresarios para no capacitar a su personal son la falta de presupuesto, el temor a que el empleado una vez capacitado abandone la empresa y la falta de interés por parte de los trabajadores para superarse y aprender.

El mismo autor explica que la mayoría de las empresas manejan sus programas de capacitación con base al "modelo elemental o reactivo", en el cual se generan eventos, cursos o programas de capacitación, que responden únicamente a la creencia de los jefes o supervisores de una necesidad de capacitación y su único objetivo es desarrollar el mayor número de cursos posibles, o bien "capacitar por capacitar". Otro modelo que menciona y que es usado comúnmente, es el "intermedio", el cual se concreta a hacer algunos diagnósticos breves de capacitación, satisfacer inquietudes vía cursos/eventos circunstanciales o coyunturales, y que aunque abarca mucho más aspectos que el modelo reactivo, es todavía incompleto. Por último considera al modelo sistémico como el más completo y apropiado para guiar las actividades relacionadas con la capacitación y agrega que son pocos quienes se basan en este enfoque. Dicho modelo será explicado más adelante.

Los resultados obtenidos en una investigación realizada por Arias y Heredia (1996), sobre el estado de la capacitación en 258 organizaciones y 50 instituciones capacitadoras del D.F., zona metropolitana y entidades federativas demuestran que: 1) la mayoría de las empresas encuestadas, no evalúa los resultados de la capacitación; 2) se prefiere impartir cantidad de eventos en sacrificio de la calidad; 3) no se hacen diagnósticos de capacitación correctos; 4) se capacita por cumplir con la ley; 5) las

exigencias de capacitación, aunque mayores cada vez, son atendidas con menos recursos.⁶

Todo ello resulta bastante preocupante si reconocemos los retos que tiene nuestra nación: competitividad, apertura y penetración de nuevos mercados, equipos y mobiliarios de bajo costo, valores agregados a los productos, nuevas tecnologías, impulso a la calidad, rapidez en la toma de decisiones, etc.

No conforme con las dificultades que enfrenta la capacitación dentro de las empresas, se suman aquellas que por sí misma alberga:

- La capacitación no produce ningún efecto permanente: Se calcula que los trabajadores promedio de oficina necesitan recibir capacitación entre cinco y ocho veces durante sus vidas laborales.⁷

- La capacitación no es la solución a todos los problemas de la empresa: Aún cuando la capacitación ofrece muchas ventajas al empresario, cabe recordar que no todos los problemas pueden resolverse a través de la capacitación (ver nota de pie de página 7).

La capacitación es una de muchas otras variables que influyen en la prestación de servicios con calidad y en el desempeño de los empleados, por lo que ésta debe combinarse con una serie de condiciones organizacionales tales como recursos materiales suficientes, ambiente laboral adecuado, ordenes claras y congruentes, jefes con buen liderazgo, sueldos y estímulos motivadores para el trabajo, medidas de seguridad, un buen sistema de selección etc.

Más aún, si el medio de trabajo no favorece la aplicación de lo aprendido, el esfuerzo de capacitación puede resultar contraproducente, el entusiasmo de los trabajadores se congela cuando al regresar a su lugar de trabajo, se encuentran con un divorcio completo entre el área de capacitación y "la línea" de la organización.⁸

- La capacitación puede generar resistencia, pues significa cambios: Es frecuente que los trabajadores no encuentren razones suficientes para dejar de hacer el trabajo como siempre lo han hecho y se resistan al cambio; puede que los métodos propuestos no

⁶ Arias, G. F. y Heredia, E. V. Tercera Investigación sobre el estado de la Capacitación en 258 Organizaciones y 50 Instituciones Capacitadoras del D.F., zona metropolitana y entidades Federativas. Asesoría y Administración Aplicadas, S.A. México, D.F. Junio 1996.

⁷ Nash, M. M. (1998). Cómo incrementar la Productividad del Recurso Humano. Edit. Norma

⁸ Arias G. F. (1994). Capacitación para la Competitividad y la Colaboración. Instituto Internacional de Capacitación y Estudios Empresariales. Asociación Mexicana de Capacitación de Personal.

sean percibidos como un remedio para los males existentes al haber sido planeados desde una oficina o unidad central y sin haber recabado información pertinente de los niveles operativos.

Generalmente un cambio conlleva órdenes superiores que restan autonomía y creatividad, acarrea mayor esfuerzo, tiempo, atención y energía. Cualquier novedad en los procedimientos, políticas, estructuras, etc. implica incertidumbre en cuanto al futuro, las personas no saben si tendrán éxito en la aplicación de lo aprendido y por lo tanto se ven amenazadas su capacidad, estatus, permanencia y seguridad económica lograda en la empresa hasta ese momento. Finalmente los cambios encaminados a implantar nuevos valores y costumbres culturales pueden generar disgusto en los empleados, un ejemplo típico es el de no querer aceptar medidas de protección contra accidentes por el "machismo".

1.5 ENFOQUE SISTEMICO DE LA CAPACITACION

La Teoría de Sistemas le ha permitido al hombre comprender la realidad, cada vez más compleja, al descomponer el todo en cada una de sus partes. Así un sistema es el conjunto de elementos interrelacionados e interdependientes, que forman un todo organizado para el logro de objetivos determinados.⁹

Los sistemas son jerárquicos pues forman parte de un suprasistema y a su vez tienen varios componentes llamados subsistemas. Los subsistemas están estrechamente relacionados, por lo que cualquier cosa que afecte a uno de ellos repercute en los demás.

Los elementos que integran un sistema son:

1. Entradas ó Insumos: materiales, energía o información que alimenta al sistema. Es el elemento activante.
2. Mecanismos de Conversión ó Proceso: acciones ordenadas para transformar los insumos en productos. Es el elemento ejecutor.
3. Salidas ó Productos: bienes, servicios, comportamiento o información que resultan de procesar los insumos. Representa el logro del sistema.

⁹ Pinto, V. R. (1982). Sistema de Capacitación. Coordinación General de Estudios Administrativos de la Presidencia de la República.

4. Realimentación: resultados del sistema que se convierten en insumos del mismo para mantener su funcionamiento. Es parte del elemento regulador, opera para corregir desviaciones y/o ratificar los aciertos.

5. Regulador: elemento que gobierna el sistema. Elemento que compara lo logrado contra lo programado, al establecer los medios de medición y control .

El enfoque sistémico aplicado a la capacitación permite considerar elementos importantes dentro y fuera del sistema (sub y suprasistemas), así como identificar y establecer las conexiones o nexos entre estas partes. Por lo que toca a los subsistemas de la capacitación, Reza (1995), los clasifica de la siguiente manera:

Planeación y Evaluación

Este subsistema se encarga de recolectar, analizar y canalizar la información que llega al sistema, proponiendo un camino a seguir, fijando prioridades, objetivos y formas de evaluación.

En otras palabras, reúne mediante el diagnóstico organizacional, la detección de necesidades de capacitación y la descripción de puestos todos las carencias en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes del personal, que justificarán la creación y estructuración de un proyecto cuyo objetivo será precisamente satisfacer las demandas detectadas. Así mismo, se encarga de vigilar, supervisar, evaluar y dar seguimiento al proyecto con el fin de conocer cuantitativa y cualitativamente el grado en que fueron alcanzados los objetivos y en consecuencia si las necesidades que le dieron origen fueron satisfechas.

Aunque en la práctica tradicional, la planeación es la primera etapa del proceso administrativo y la evaluación es la última, desde el momento en que se planea un evento de capacitación, se deben establecer los indicadores conductuales que se desean modificar y así mismo fijar la forma en que se evaluarán una vez terminado el evento. Esta medida también ayudará a tomar la decisión de echar a andar o no el programa en un momento oportuno.

Diseño y Producción de Material

Materializa las ideas del subsistema anterior con actividades de diseño y producción de las metas del programa, tipo de evento (cursos, conferencias, diplomados, congresos etc.), estrategias del evento, horarios, fechas, duración de los elementos, objetivos de

aprendizaje, grupos destinatarios, técnicas didácticas, (lecturas, instrucción programada, software educativo, educación a distancia etc.), material didáctico audio-escrito-visuales, estimación del costo del proyecto y en general, de todos los elementos infraestructurales que permitan llevar a cabo un proyecto a la práctica. El diseño de un curso debe incluir una carta descriptiva o bien un formato estándar en donde se especifiquen los objetivos generales y específicos, actividades, tiempo estimado por actividad etc.

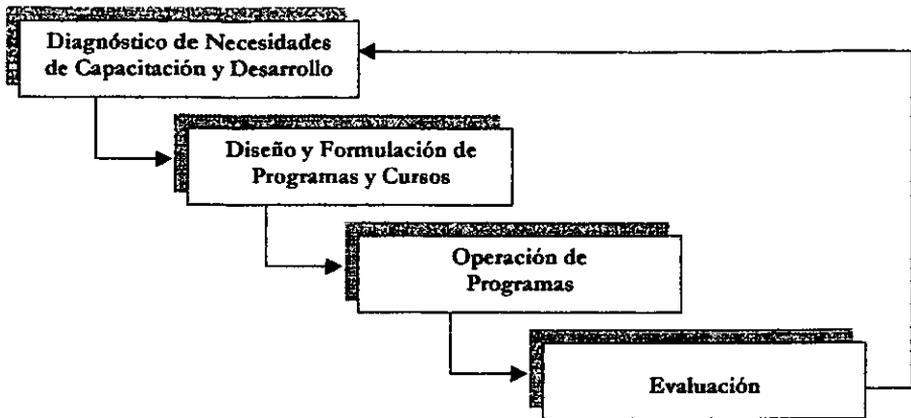
Promoción y Ejecución

Su propósito es efectuar las actividades de capacitación previstas en la planeación y diseño, por lo que desarrolla las funciones de promoción y asistencia técnica respecto al proyecto. Se encarga de registrar a los participantes e instructores, formar grupos, coordinar actividades, verificar la puntualidad de los instructores y capacitandos, proporcionar el material didáctico necesario, confirmar que el aula que se vaya a ocupar esté lista, inaugurar y clausurar el evento, elaborar constancias de habilidades laborales, etc. También y de modo relevante, mantiene un estrecho contacto con el subsistema de planeación y evaluación, proporcionando sistemáticamente retroalimentación acerca del avance del proyecto.

Administración y Control

Proporciona el apoyo necesario para el desarrollo de un proyecto, a nivel económico, administrativo y logístico. Elabora y presenta con oportunidad la información contable, el manejo del presupuesto y de los costos, administra los recursos humanos y materiales del sistema, vigila y da mantenimiento a las instalaciones y equipo; brinda apoyo logístico al programar según los requerimientos, el uso de aulas, salones, hoteles, al realizar los trámites pertinentes para el desplazamiento del personal (instructores, ejecutivos, trabajadores etc.) hacia el lugar del evento ya sea en el mismo estado o fuera de él.

Aunque cada uno de los subsistemas expuestos aquí merecen un estudio por separado, la participación de cada uno de ellos en el proceso de la capacitación puede resumirse como lo muestra el siguiente esquema:



Desde este ángulo, la capacitación promueve la utilización de métodos y procedimientos científico técnicos para plantear, ejecutar y evaluar acciones de capacitación.

1.6 EVALUACION DE LA CAPACITACION

Se ha dicho ya en repetidas ocasiones que la evaluación de la capacitación se encuentra olvidada por quienes están involucrados con ella. Según Mc Gehee y Thayer (1993), existe muy poca base experimental acerca de los méritos de las diferentes técnicas de adiestramiento y en general de los efectos del adiestramiento en la mejora del rendimiento de los trabajadores. La actitud general de las empresas, de menosprecio hacia la capacitación por considerarla un gasto de tiempo y dinero más que como una inversión, probablemente ha repercutido para que los esfuerzos por diseñar y llevar a cabo sistemáticamente las acciones evaluativas sean escasos.

No obstante, algunos autores han intentado saber si la capacitación sirve o no, y en dado caso, ¿para qué sirve?. Nash (1998), cita una serie de respuestas respaldadas por estudios de investigación, en las que se menciona que quienes asisten a los cursos salen con una impresión favorable y normalmente piensan que la capacitación es útil. El mismo autor, afirma que gran parte de los psicólogos industriales piensan que la capacitación relacionada con el trabajo es eficaz, aunque algunos se muestran más cautelosos que otros al afirmar que es la cura principal para los males derivados de una

productividad deficiente. Por otro lado, la mayoría de las investigaciones dan prueba positiva de cambios de comportamiento a corto plazo como consecuencia de la capacitación gerencial, sin embargo, hay menos pruebas para confirmar la presencia de cambios permanentes de comportamiento; el cambio que ocurre más fácilmente como resultado de la capacitación es la adquisición de actitudes enfocadas a las relaciones humanas; y finalmente aproximadamente el 80% de todos los estudios sobre la eficacia de la capacitación presentaron resultados que confirman su utilidad.

Nash, por su parte opina que la capacitación es una oportunidad no muy frecuente para descansar del trabajo, y continúa diciendo “asistir a un curso de capacitación es como estar de vacaciones. A la mayoría de los adultos que trabajan, les agradan estas experiencias porque son divertidas y los alejan de las responsabilidades continuas del trabajo” (ver nota de pie de página 7).

La evaluación tiene como papel primordial ser un elemento de retroalimentación para el mismo subsistema de evaluación, para el sistema integral de capacitación y para el macrosistema empresa.

Antes de ahondar más sobre este subsistema, a continuación definiré el término en cuestión.

1.6.1 *Concepto*

- Pinto (1990), define a la evaluación de la capacitación como el proceso que sirve para retroalimentar al sistema de capacitación y normar la toma de decisiones, con el propósito de mejorarlo y validarlo técnica y profesionalmente en función de sus resultados.

- Según Mc Gehee y Thayer (1992), el objeto de la evaluación de la capacitación es en primer lugar, comprobar si ésta tiene o no como resultado un comportamiento que contribuya a la consecución de los fines de la empresa. En segundo lugar, comparar varios medios posibles o técnicas de capacitación para determinar si alguna de ellas ó alguna combinación, es más apta para lograr los resultados deseados.

- Para Grados (1999), la evaluación es la corroboración de lo alcanzado respecto a lo planeado, sirve para tomar medidas correctivas y está presente en todo el proceso de capacitación.

1.6.2 Alcances de la evaluación de la capacitación

Existen diversos puntos de vista en torno a los aspectos que debe abarcar la evaluación de la capacitación. Para Neri (1971), la evaluación de la capacitación debe medir el cumplimiento de sus objetivos en un plazo inmediato y mediano. Según este autor, la evaluación inmediata mide fundamentalmente los objetivos del aprendizaje y la efectividad de los recursos, así también proporciona retroalimentación a los participantes. Por otro lado, la evaluación mediata o de seguimiento se efectúa en fecha posterior del término del curso, y su propósito es conocer a través del desempeño de los trabajadores que tomaron el curso, el cumplimiento de los objetivos del mismo, el grado en el que se mantienen los logros, así como los beneficios que obtuvieron los trabajadores y la empresa.

Brethower, Rummler, Coffman, y Kirkpatrick (1979), coinciden en que la evaluación de un programa de capacitación debe realizarse en cuatro ámbitos: el primero se refiere a la reacción de los capacitandos, es decir, a la expresión de sentimientos como factor cualitativo subjetivo, que tiene como finalidad retroalimentar el proceso de instrucción; el segundo se aboca al nivel de aprendizaje alcanzado por el capacitando, la calidad didáctica del curso, los materiales, las técnicas de enseñanza empleadas, corresponde a lo que ellos denominan evaluación pedagógica o didáctica; el tercero se enfoca principalmente a medir los efectos que la capacitación tiene sobre el desempeño laboral de los participantes y como consecuencia, sobre el funcionamiento de la empresa, es decir, a la evaluación en términos de comportamiento; y finalmente se refieren a la evaluación de resultados como aquella que se encarga de verificar el aumento en la cantidad y en la calidad de la productividad, la reducción de costos, quejas, ausentismo, movimiento de personal, etc.

Reza (1995), y Pinto (1998), están de acuerdo en que la evaluación debe considerar dos dimensiones:

Dimensión Micro

Se encarga de recopilar y analizar la información relacionada con la percepción y resultados del aprendizaje productos del proceso instruccional. Analiza el comportamiento de los participantes, de los facilitadores o instructores, las condiciones ambientales, las instalaciones y equipos necesarios, el alcance de los objetivos

instruccionales y el aprovechamiento del aprendizaje. Según Reza, a ésta dimensión se le conoce también como evaluación de los insumos, procesos y de retroalimentación, en la magnitud que le corresponde a éste nivel de análisis.

A su vez, dentro de esta dimensión se ubican las siguientes categorías:

a) Evaluación de Reacción

Este tipo de evaluación responde a las preguntas ¿cuánto gustó el evento a los participantes?, ¿qué cosas del evento no gustaron a los participantes?, se centra en la personalidad del instructor, lo novedoso del contenido temático, las formas de impartir el curso etc.. Permite conocer la percepción y el nivel de satisfacción que tuvieron los participantes acerca del evento. Es un indicador de gusto por la forma en que fue manejado el evento, más que de contenido o beneficios personales, del grupo o de la organización. Para realizar este tipo de evaluación se utiliza una hoja de observaciones que es entregada a los participantes momentos antes de concluir el evento.

Cabe señalar que el hecho de que los participantes salgan satisfechos de un curso, no significa que hayan aprendido. Por ello en la microevaluación, la evaluación de reacción ha de ser complementada con la evaluación de resultados de aprendizaje.

a) Evaluación del Aprendizaje

Detecta el grado en el cual los participantes captaron el contenido del evento de capacitación relacionado con los objetivos instruccionales. Es un indicador de aprovechamiento académico y se obtiene por medio de exámenes orales ó escritos. Es importante identificar el área de aprendizaje que considerará la evaluación: cognoscitiva, psicomotriz o actitudinal, así como su nivel de profundidad. De ahí que la redacción de los objetivos instruccionales debe ser precisa, y dejar bien clara la conducta buscada en el capacitando, ello facilitará la respuesta a qué evaluar y cómo hacerlo.

Dimensión Macro

Se refiere a la evaluación total del sistema en su planteamiento estructural, metodológico, legal, administrativo e instruccional, de ahí que se le conozca como macroevaluación, evaluación del sistema de capacitación, evaluación del contexto, o del producto.

Comprende las siguientes categorías:

a) Evaluación de Seguimiento

Es un indicador que demuestra la utilidad del aprendizaje en la aplicación específica del puesto. Esta dimensión de control, se verifica cuando el capacitando ha regresado a sus labores cotidianas y empieza a aplicar en sus quehaceres los conocimientos adquiridos durante el curso. Así mismo, permite detectar nuevas necesidades y plantear la continuidad de la capacitación. Los resultados se obtienen por medio de la observación, la entrevista, la opinión que emitan tanto los supervisores como otros generará la lealtad del derechohabiente a la institución, y compañeros de trabajo o, a través de un cuestionario. Se ubica en una categoría intermedia entre micro y macro.

b) Evaluación del Costo-Beneficio

Se observa en la demostración cuantitativa de la relación entre los gastos destinados a la capacitación y los incrementos en la productividad, producción ó resultados obtenidos. Es un indicador que precisa cuánto se ha invertido en capacitación y cuánto se ha obtenido a cambio de ello. Se mide a través de las razones y proporciones de recursos humanos, el análisis e interpretación de estados financieros, los coeficientes de productividad, las herramientas de la estadística, los registros administrativos, entre otros.

c) Evaluación del esfuerzo de la capacitación

Verifica el quehacer de las personas o área encargada de la capacitación, para favorecer el alcance de la misión organizacional. Se calcula a través del estudio comparativo entre lo que debería hacerse y lo realmente hecho, por medio de la auditoría administrativa, entre otras.

Reza reconoce que las acciones de evaluación en las organizaciones se orientan fundamentalmente hacia los procesos de aprendizaje y hacia la reacción de los participantes e instructores, en segundo lugar se hacen evaluaciones del seguimiento de programas y efectividad del sistema y por último, la evaluación del costo-beneficio.

Grados A. (1999), por otro lado, considera que la capacitación debe ser evaluada como sistema en todo su proceso y en particular el proceso instruccional. Así mismo considera que antes de elaborar un modelo de evaluación, es necesario identificar lo que se pretende evaluar: actitudes, aprendizaje, o comportamiento. Con respecto a la

evaluación del comportamiento, el mismo autor señala que ésta se presenta después de la capacitación recibida, se centra en lo que los participantes aplican en su trabajo de acuerdo con los conocimientos, la seguridad y las capacidades adquiridas en el programa de capacitación, y es la extensión de la evaluación del aprendizaje. Dentro de la evaluación del comportamiento ubica a la evaluación de seguimiento, a la que denomina también evaluación de campo, la cual dice, debe realizarse de tres a seis meses de haber terminado la capacitación.

Las clasificaciones en torno a lo que debe comprender la evaluación son tantas como autores dedicados al tema, no obstante, las presentadas hasta aquí son algunas de las más representativas.

1.7 EVALUACION DE IMPACTO O DE SEGUIMIENTO

La evaluación de impacto o de seguimiento, comenzó a desarrollarse a partir de que los expertos en la materia reconocieron que la asistencia a un curso, o incluso el aprendizaje ahí obtenido, no garantizaba que los conocimientos fueran llevados a la práctica.

Para Valencia (1982), el seguimiento debe realizarse en las primeras etapas de la reincorporación del trabajador a su puesto, y su objetivo principal es la obtención y corrección de errores encontrados por medio de asesorías fuera del trabajo.

Calderón (1982), opina que este tipo de evaluación mide el grado en que permanezca la acción capacitadora y detecta acciones futuras.

Según Rodríguez y Austria (1991), la evaluación de seguimiento, es el proceso que permite verificar el impacto de la capacitación tanto en los individuos como en los grupos y en la empresa, a mediano, o largo plazo.¹⁰

Torres (1992), menciona que ésta determina si se manifestó algún cambio de conducta en el participante y debe realizarse inmediatamente después de la incorporación del participante al área de trabajo (2 ó 3 días después) y en distintos momentos posteriores. Ayala (1992), quien recopiló los modelos de evaluación de la capacitación más importantes desde 1942, concluye con que únicamente Stufflebeam (1971), Metfssel y

¹⁰ Rodríguez, M. y Austria, H. (1991). Formación de Instructores. Edit. Mc Graw Hill.

Michael (1974), y Kaufman (1987), retoman la evaluación de seguimiento, y agrega que, no obstante, no describen en forma detallada como se realiza.

Al respecto, Grados (1999), describe como técnicas de seguimiento a las tutorías, las reuniones de seguimiento programadas, las entrevistas individuales o colectivas con participantes, usuarios o clientes, la revisión de estándares de desempeño antes y después del programa de capacitación, así como las entrevistas y cuestionarios con jefes inmediatos. Según este mismo autor, la evaluación de seguimiento mide el impacto del curso al escenario laboral a través de la evaluación de las actividades que realizan los participantes, una vez que han concluido su instrucción.

Finalmente es la definición de Rosete y Doriano (1991), la que se apega con más exactitud a los objetivos de esta investigación; para ellos la evaluación de seguimiento consiste en analizar las actividades realizadas por los participantes al terminar su instrucción verificando la transferencia de la capacitación al trabajo, revisar y superar los obstáculos que se presenten en la aplicación de las nuevas habilidades, conocimientos y actitudes adquiridas en el curso.

1.8 METODOLOGIA DE LA EVALUCION DE LA CAPACITACION

Evaluar no es lo mismo que medir, la medición es tan sólo una herramienta de la evaluación. El resultado de una medición es, simplemente, un número que expresa el grado en que el participante posee una característica determinada (aptitud, habilidad, destreza, etc.), no constituye un fin en sí misma hasta el momento en que forma parte del proceso evaluativo (CISE, 1980; citado por Ayala, S. 1992).

En términos generales, la medición puede utilizar diferentes escalas como: nominales, ordinales, intervalares y de razón o proporción. Independientemente del nivel de medición que se escoja para la evaluación debe reunir las siguientes características:

Validez: las medidas utilizadas deben estar directamente relacionadas con el objetivo de la capacitación, razón por la cual éste debe estar descrito en términos que puedan ser evaluables. La validez controla el error constante, que se presenta si la medida no expresa la característica para la que fue destinada.

Confiabilidad: Se refiere a que las puntuaciones o medias obtenidas por un empleado, deben mantenerse estables en las ocasiones en que vuelvan a ser objeto de evaluación, ya que de lo contrario es posible que los evaluadores estén incurriendo en errores de aplicación, comprensión, manejo, e interpretación de la medición. La confiabilidad busca reducir las variaciones en los puntajes de una medición realizada en diferentes momentos a los mismos sujetos.

Libertad de prejuicios: Significa que aquellos que estén encargados de evaluar el rendimiento del personal capacitado deben ser objetivos, y estar exentos de criterios personales o influencias externas.

Estandarización: Si la medición requiriese algún tipo de instrumento psicológico, este debe ser utilizado siempre y cuando su grupo de normas contra las que se va a comparar a el empleado correspondan al mismo grupo al que pertenece éste.

Carácter práctico: Deben evitarse procedimientos de valoración que creen problemas en la producción.

Una medida aislada no puede simbolizar el éxito alcanzado por un individuo que desempeña funciones diversas. El problema no es hallar una medida válida, confiable, libre de prejuicios y práctica, sino más bien conseguir diversas medidas que reúnan todas esas características. Las medidas múltiples amplían la información de lo que ha sucedido alrededor de la capacitación, en tanto que las medidas específicas no podrán contribuir tanto al enfoque global.¹¹

Las medidas destinadas para evaluar la capacitación deben coincidir con el área de aprendizaje que se quiera evaluar, así las pruebas orales ó escritas, las exposiciones y conferencias son de gran utilidad para la evaluación del área cognoscitiva; las técnicas de observación como los registros anecdóticos, las escalas estimativas y las listas de verificación sirven para el área psicomotriz, y finalmente las entrevistas, los cuestionarios, las escalas estimativas proporcionan información de la actitud de un sujeto (área afectiva) frente a diversas situaciones.

¹¹ Mc Gehee, W. Y Thayer, P. (1993). Capacitación, Adiestramiento y Formación Profesional. Edit. Limusa.

1.8.1 *Medidas de Evaluación*

Las medidas utilizadas para valorar los resultados de la capacitación se han clasificado en varias formas, Mc Gehee y Thayer (1992), proponen la siguiente clasificación:

- **Objetivo-Subjetivas**

Una medida es objetiva si se deriva de un comportamiento abierto y no exige la expresión de una creencia, una opinión o un juicio. Si la medida representa una creencia, una opinión o un juicio, es subjetiva, por ejemplo las respuestas a una encuesta. La subjetividad-objetividad de una medida no es necesariamente una señal de su valor para la evaluación de la capacitación. Al respecto Philips (1983), comenta que los datos objetivos son los que reflejan mejoramiento de la calidad, aumento de la producción, ahorro de tiempo, reducción de costos, hábitos de trabajo, nuevas destrezas, ambiente de trabajo, número de ascensos y una mejor actitud; por otro lado, los datos subjetivos son aquellos que se recogen en exámenes de retroalimentación de los participantes y la simple observación (Philips, 1983; citado en Nash, 1998).

- **Directas-Indirectas**

Una medida se clasifica como directa si mide el comportamiento de un individuo o los resultados de su comportamiento. Una medida indirecta juzga la acción de una persona cuyo comportamiento sólo puede medirse por su influjo en las acciones de los demás. Un ejemplo de medida indirecta lo encontramos en la valoración de la capacitación para directivos, cuya actuación se mide generalmente a partir de las acciones de sus subordinados.

- **Intermedias-últimas**

La medida intermedia es aquella de la cual se puede echar mano en diferentes momentos de la capacitación, en contraste con las medidas últimas. Cuando las puntuaciones de los tests (medida intermedia) cuyas relaciones con los rendimientos reales (medida última) son desconocidos, y se utilizan como la única forma de determinar la eficacia de la capacitación se corre el riesgo de caer en una ilusión sin pruebas. La valoración del adiestramiento solamente puede garantizarse si se establecen relaciones entre las medidas intermedias y las últimas.

- Específicas-sumarias

La medida específica sirve para determinar el comportamiento de una parte de una tarea. La medida sumaria evalúa globalmente la tarea. Las medidas específicas pueden realizarse en condiciones de mayor garantía que las sumarias ya que no es tan fácil que éstas últimas cumplan con los requisitos de medida auténtica.

Las medidas anteriores no se excluyen mutuamente, sino que pueden combinarse.

Una vez determinado el tipo de medida que se empleará, es necesario determinar la forma en que se recogerá la información.

1.8.2 Procedimiento de la Evaluación de la Capacitación

En esencia, la evaluación de un programa de capacitación obedece a los mismos principios de causalidad que rigen a las ciencias físicas y sociales. En términos generales consiste en demostrar que la condición X es el resultado directo de la condición Y; no de las condiciones A, B ó C. En otras palabras lo que sucede como resultado de la capacitación debe atribuirse a ésta y no a la casualidad o a un cambio sistemático en las circunstancias bajo las que la capacitación tiene lugar.

Existen diferentes procedimientos para obtener los resultados de la capacitación y pueden clasificarse, por el tiempo en que se obtienen las medidas y por el modo de control, por medio de un grupo o sin él (ver nota de pie de página 11). Así tenemos:

1) Medidas realizadas después de la capacitación y sin grupo control.

Es el más corriente e ingenioso, el menos defendible y el más difícil para obtener de él consecuencias causales.

2) Medidas realizadas antes y después de la capacitación y sin grupo control.

Consiste sencillamente en obtener una medida previa, realizar la capacitación, obtener medidas posteriores, y suponer que los efectos beneficiosos no se deben más que a la capacitación. Sin embargo, no toman en cuenta otros factores de mejora como una mejor planificación, mejores materiales, supervisión mejorada etc. Este método, sin utilizar un grupo control es difícilmente defendible. Solamente cuando las demás variables que pueden afectar los resultados de la capacitación se mantienen constantes se pueden inferir relaciones causales, no obstante es muy raro que esto suceda en la industria.

3) Medidas realizadas después de la capacitación con grupo control.

Puede comparar el éxito de las técnicas de instrucción utilizadas, y medir el conocimiento sobre la materia del curso mediante un examen aplicado inmediatamente terminada la capacitación y tiempo después. La debilidad de este método consiste en que la mayoría de las veces es imposible conocer y controlar todas las variables que pudieran afectar el comportamiento del grupo control por ejemplo una mayor experiencia, educación, inteligencia, aptitudes especiales, capacitación previa etc.

4) Medidas realizadas antes y después de la capacitación y con grupo control.

Este procedimiento evita la mayor parte de las dificultades que se encuentran en las demás, ya que no sólo responde a la pregunta que cuestiona si han ocurrido cambios en la conducta y en los resultados organizacionales, sino también si son los cambios producto de la capacitación. Sin embargo en la industria pueden haber ciertas dificultades administrativas para la formación de los grupos experimentales y de control. Mas aún cuando lo único que se hace con el grupo control es someterle a dos tests sin darle ninguna clase de capacitación. Bajo esta situación los empleados pueden creer que existe favoritismo por algunos grupos.

Por otro lado, Salinger y Deming (1982), dicen que existen por lo menos seis formas de evaluar la eficacia de la capacitación: comparar un grupo de control con el grupo capacitado, contar los incidentes críticos, comparar las evaluaciones de desempeño, hacer un análisis de acontecimientos en el tiempo, comparar los costos de la capacitación con los beneficios resultantes y hacer una evaluación informal (Salinger y Deming, 1982; citado en Nash, 1998).

Naylor y Blum (1977), son más radicales al afirmar que la única manera como se puede evaluar verazmente la efectividad del entrenamiento, es comparando el cambio en el desempeño de un grupo que recibe instrucción, con el de un grupo comparable que no recibió dicha instrucción (entrenado y de control).

Nash (1998), por otro lado afirma que se puede lograr una mayor objetividad en la evaluación solicitando la opinión de los compañeros de la persona evaluada, no obstante, no es recomendable en los casos de las organizaciones con fines lucrativos.

Además de todos los aspectos propios de la medición para evaluar un programa de capacitación, es necesario tomar en cuenta los rasgos o características que poseen en particular algunas variables tales como la calidad del servicio, misma que se expone ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU EVALUACION

2.1 DEFINICIONES Y EVOLUCION DE LOS ENFOQUES DE CALIDAD

Calidad es un término difícil de explicar, ya que se ha mantenido en constante evolución, y por lo tanto las definiciones varían de acuerdo a la época en que han sido desarrolladas.

Ya desde la antigüedad el hombre se preocupaba por la calidad. En sus comienzos la calidad consistía en seleccionar el alimento y vestido apropiados, no había ningún tipo de manufactura. El surgimiento de comunidades humanas trajo consigo la creación del mercado, el cual fue poco a poco estableciendo un “hacedor” y un usuario, esto dio como resultado un estado primitivo de lo que ahora conocemos como manufactura. El usuario y el productor se conocían perfectamente y negociaban cara a cara; no había especificaciones ni garantías, y cada usuario se protegía a través de un estrecho contacto con el productor.

Las primeras ciudades propiciaron el crecimiento y desarrollo del comercio de bienes y servicios, proliferaron pequeños talleres, los comerciantes interfirieron entre el fabricante y el usuario, y los productores se empezaron a mover entre ciudades. Es en este momento cuando surge la necesidad de contar con especificaciones, muestras, garantías y otros medios para proporcionar el contacto equivalente cara a cara entre fabricante y usuario.

La revolución industrial hizo posible una enorme expansión de los procesos de manufactura y de los bienes de consumo. Se crearon compañías, lo que resolvió algunos problemas técnicos, no obstante aparecieron otros de tipo administrativo y humano. Encontrar soluciones al problema de la calidad de los productos y servicios no ha sido tarea fácil, y el proceso ha sido largo y confuso.

De acuerdo a Bounds (1994), la calidad ha evolucionado a través de cuatro eras: la de inspección (siglo XIX) que se caracterizó por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto, y cuya detección era realizada por alguien diferente al operario que aceptaba o rechazaba la calidad del producto; la era del control estadístico del proceso (década de los treinta) enfocada al control de los procesos, los métodos estadísticos para el mismo fin y a la reducción de los niveles de inspección; la del aseguramiento de la calidad (década de los cincuenta), que es cuando surge la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la organización en el diseño, planeación y ejecución de políticas de calidad; y la era de la administración estratégica de la calidad total (década de los noventa) donde se hace hincapié en el mercado y en las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la calidad como una oportunidad de competitividad (Bounds, 1994; citado en Cantu, 1997).

Estas cuatro etapas evolutivas están íntimamente ligadas al desarrollo de la misma Administración. La etapa de la inspección por ejemplo, resulta de las contribuciones de Frederick W. Taylor y Henri Fayol que datan de finales del siglo XIX y principios del XX. Taylor fué un ingeniero mecánico americano, al cual se le conoce como el padre de la Administración Científica. Fayol, francés, fue un ingeniero en minería que llegó a ser presidente de una importante compañía minera.

Taylor sostenía que cuando los operarios no trabajan con la suficiente productividad y calidad, la responsabilidad es de la administración por no diseñar los métodos apropiados y proporcionar el entrenamiento, las herramientas y los incentivos necesarios. Así mismo afirmaba que el diseño, planeación y medición de la productividad y de la calidad del trabajo no es tarea del trabajador sino de la administración.

Fayol sugirió en 1949, la adopción de catorce principios administrativos entre los que destacan: a) unidad de comando (cada empleado debe recibir órdenes de una sola fuente); b) unidad de dirección, (sólo debe existir un plan de acción) y c) centralización (la autoridad debe ser única). Ambos teóricos separan la planeación, el control y el mejoramiento de la ejecución del trabajo. Esto explica porqué la primera etapa se caracteriza por la utilización de la inspección.

Alrededor de los años treinta se propusieron los métodos estadísticos de muestreo con el objeto de reducir los altos costos de inspección, sin embargo el principio aún seguía siendo el mismo: detectar problemas de calidad en un producto que ya había sido manufacturado.

Poco después Walter Shewhart desarrolló el control estadístico de procesos con lo que la calidad avanzó a su segunda etapa. El control estadístico de procesos representa un planteamiento preventivo del proceso de fabricación, ya que la calidad de la producción se asegura concentrándose en el diseño y la operativa del proceso, en lugar de esperar a que se halla generado el output para pasar a inspeccionarlo y a clasificarlo. Es un medio por el cual un operario puede determinar si un proceso genera outputs que se ajustan a las especificaciones y si es probable que los siga generando; esto es posible a través de la medición de parámetros clave de una pequeña muestra de los outputs generados a intervalos mientras está en marcha el proceso. En función de la tendencia de las variaciones aleatorias del proceso (aquellas que no tienen que ver con el proceso en sí), se predice el punto en que el proceso está próximo a producir artículos que no se ajustan a las especificaciones.

Shewhart decía que un fenómeno está controlado cuando, a través del uso de experiencias previas, podemos predecir, cuando menos dentro de ciertos límites, cómo se espera que dicho fenómeno varíe en el futuro (Shewhart s/f; citado en Gutiérrez, 1997).

Deming, quien fuera un gran impulsor de las ideas de Shewhart, estuvo en contacto con empresarios japoneses que lo contrataron para enseñar la teoría elemental de variación al azar y técnicas sencillas como gráficas de control a cientos de técnicos e ingenieros japoneses. Deming describió su modelo de la calidad con base a lo que él llamó "reacción en cadena", que no es otra cosa que el resultado de la influencia de la mejora de la calidad (a través de la disminución de reprocesos, desperdicios, fallas, retrasos etc.) sobre la productividad y la competitividad. Prácticamente vivió la evolución de la calidad en Japón, y de esta experiencia desarrolló sus famosos 14 puntos para que la administración lleve a la empresa a una posición de productividad y competitividad (Deming 1950; citado por Zucolotto, 1994). El reconocimiento

obtenido por Deming en Japón y posteriormente en Estados Unidos, hace que para algunos sea considerado el padre de la administración moderna.

Hasta la etapa del control estadístico el enfoque de calidad se había orientado hacia el proceso de manufactura, no existía la idea de la calidad en servicios de soporte y menos la de calidad en el servicio al consumidor. Es a principios de los años cincuenta cuando Juran impulsó el concepto del aseguramiento de calidad que se fundamenta en que el proceso de manufactura requiere de servicios de soporte de calidad, por lo que según el autor, se deben coordinar esfuerzos entre las áreas de producción y diseño de producto, ingeniería de proceso, abastecimiento, laboratorio etc., para proporcionar al cliente la confianza de que el producto o servicio va a satisfacer los requerimientos de calidad dados.

Para Juran (1994), los costos asociados a la calidad son de dos tipos: los evitables y los inevitables. Los primeros están asociados con los errores cometidos durante el proceso. Los costos de calidad inevitables son aquellos en los que se incurren para mantener los evitables en un nivel bajo y se dividen en costos de evaluación y costos de prevención. Los primeros se refieren a todas las actividades que se tienen que realizar para detectar errores cometidos durante el proceso. Por otro lado los costos de prevención son realmente inversiones que se realizan para ayudar a mejorar los niveles de calidad. Juran afirma que al aumentar los costos por concepto de evaluación y prevención, los costos por errores disminuyen, lo que a su vez genera un menor costo total para la empresa. Con el tiempo, los costos evitables tienden a desaparecer y se reducen los inevitables.

El enfoque económico de Juran establece las condiciones para que Feigenbaum proponga en 1956, el concepto de control total de calidad (TQC), en el que destaca la participación de todas las áreas de la empresa en la realización de actividades orientadas al cliente. Aunque esta percepción reforzó la idea que ya había sido introducida por Juran acerca de la responsabilidad de las áreas de servicio para la calidad del producto, Feigenbaum fue el primer autor en visualizar que la calidad no sólo se centra en el proceso productivo, sino en todas las funciones administrativas de la organización, integrando así los conceptos de la teoría general de sistemas a los de calidad.

En la frase Control Total de Calidad, el término control representa una herramienta de administración de cuatro pasos: definición de estándares, evaluación del cumplimiento de estándares, corrección cuando el estándar no se ha cumplido y planeación para mejorar los estándares.¹²

En la década de los sesenta surge en forma simultánea en los Estados Unidos y en Japón la idea de que la calidad se obtiene no sólo mediante el uso de un conjunto de técnicas y procedimientos de tipo administrativo, sino que también interviene el factor humano, las actitudes y la cultura para orientar esas técnicas hacia hacer las cosas a la primera vez y hacia el mejoramiento continuo de todos los procesos de la empresa.

En Japón, tras la intervención de Deming y Juran, después de la segunda guerra mundial, se despertó el interés por la calidad, especialmente por el control estadístico de proceso y el alto involucramiento de la alta administración. Progresivamente se difunden estas técnicas en todo el país, hasta que en 1960 el Dr. Kaouru Ishikawa crea los primeros círculos de calidad, que son grupos de trabajadores que se reúnen para identificar, analizar y solucionar problemas del propio trabajo. Con la ayuda de un facilitador éstos grupos echan mano de su potencial creativo e innovador para presentar propuestas de solución a la dirección. Este autor también está de acuerdo en que el control total de la calidad sea responsabilidad de todos los trabajadores y divisiones de la compañía, por lo que es importante el trabajo en equipo (Ishikawa, 1960; citado por Palom, 1991).

Otras aportaciones japonesas importantes a la historia de la calidad es el concepto *Kaizen*, que significa mejoramiento en todos los aspectos de la vida, de Masaki Imai; el de *control de calidad a todo lo ancho de la compañía* de Shigeru Mizuno, cuyo principio es asegurar que todas las actividades productivas, administrativas y de servicios de una organización sean planeadas, ejecutadas, controladas y mejoradas con una orientación hacia las necesidades del consumidor, tanto interno como externo; el de *despliegue de políticas de calidad* que aseguran que las estrategias de calidad se conviertan en metas y objetivos operativos de calidad en todas las áreas funcionales de la empresa.

¹² Cantú H. (1997). Desarrollo de una Cultura de calidad. Edit. Mc Graw Hill.

Por otro lado, en Estados Unidos Philip Crosby propone en 1979, un programa enfocado más hacia las relaciones humanas que hacia los aspectos técnicos de manufactura, al que llamó *cero defectos*. Dicho programa hace hincapié en la motivación y concientización del trabajador para realizar el trabajo *bien a la primera vez* (Crosby, 1992).

Posteriormente, durante toda la década de los ochenta y principios de los noventa se produjo una gran explosión de literatura relacionada con lo que poco a poco se ha llamado Administración Estratégica de la Calidad Total (TQM). En el proceso de consolidación del TQM se han desarrollado una gran cantidad de conceptos, técnicas y procedimientos orientados a encontrar la estrategia más eficaz de lograr en la empresa la calidad total, así como a dar un enfoque estratégico y de competitividad de negocios a la calidad total.

La lista de autores que han contribuido al estudio de la calidad es interminable, por lo que a continuación se presenta un breve resumen de las aportaciones de los más importantes en cada etapa. Cabe destacar que todos estos autores, sin excepción enfatizan la necesidad de proveer capacitación y educación a los empleados en todos los niveles de la organización, con respecto al proceso, herramientas, métodos de la calidad etc.

Cuadro 1. Resumen de definiciones y enfoques de calidad

ERA DE INSPECCION DE LA CALIDAD	
Taylor y Fayol Siglo XIX y principios del XX.	La calidad consiste en <i>inspeccionar</i> y detectar los errores cometidos por alguien diferente al operario, que acepta o rechaza la calidad del producto.
ERA DEL CONTROL ESTADISTICO DEL PROCESO	
Shewhart Década de los treinta	La calidad es un problema de variación que puede ser controlado y prevenido mediante la eliminación a tiempo de las causas que lo provocan, de tal forma que la producción pueda cumplir con la tolerancia de especificación de su diseño. Desarrolla el <i>Control Estadístico de Procesos</i> .
Deming 1950	El control de la calidad es la aplicación de principios y técnicas estadísticas en todas las etapas de producción para lograr una manufactura económica con máxima utilidad del producto por parte del usuario. Su contribución al campo de la calidad la resume en <i>14 frases</i> para la dirección de una empresa exitosa.
ERA DEL ASEGURAMIENTO DE CALIDAD	
Juran 1954	La calidad consiste en adecuar las características de un producto al uso que le va dar el consumidor. Impulsa el concepto <i>Aseguramiento de Calidad</i> y analiza los costos asociados a la calidad desde un enfoque económico.
Feigenbaum 1956	La calidad requiere de la participación de todas las áreas de la empresa. Establece el concepto <i>Control Total de Calidad</i> , al cual define como un sistema efectivo para la integración de los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento que los diferentes grupos de una organización realizan para poder proporcionar un producto o servicio en los niveles más económicos para la satisfacción de las necesidades del usuario.
Ishikawa 1960	La calidad consiste en desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor. Su aportación más importante fueron los <i>Círculos de Calidad</i> .
Crosby 1979	La calidad está basada en 4 principios absolutos: 1) La calidad es el ajuste a las especificaciones; 2) El sistema que produce la calidad es la prevención no la evaluación; 3) El estándar de realización es cero defectos; 4) la medida de la calidad es el precio del incumplimiento. De esta clasificación propone un programa de 14 pasos para mejorar la calidad.
ERA DE LA ADMINISTRACION ESTRATEGICA DE LA CALIDAD TOTAL	
Década de los ochenta y principios de los noventa	Un sin número de autores desarrollan conceptos, técnicas y procedimientos tales como: el justo-a-tiempo, la función del despliegue de la calidad (QFD), el método Taguchi, el benchmarking, la reingeniería de procesos de negocios (BPR), los equipos de trabajo autoadministrados, la calidad de vida en el trabajo, la cadena de valor económico agregado al cliente, la <u>calidad en el servicio</u> , etc.

Para promover la competitividad en las organizaciones se han instaurado en todo el mundo premios a la calidad, entre los que destacan: el Premio Británico a la Calidad, el Premio a la Calidad de Digital Escocia, El Premio Deming, el Premio Nacional a la

Calidad Malcolm Baldrige. Por lo que toca a México en 1989 se instituyó durante el sexenio del Presidente Carlos Salinas de Gortari el Premio Nacional de Calidad, en reconocimiento a las empresas que logren resultados con respecto a la atención del cliente y a la calidad de vida en el trabajo.

Paralelamente se han elaborado normas de calidad nacionales e internacionales que certifiquen a las empresas. Por ejemplo, la norma internacional para sistemas de calidad ISO 9000, equivalente a la serie británica BS5750, que incluye normas para empresas que diseñan y fabrican productos (ISO 9001), industrias químicas y de proceso (ISO 9002), y para talleres pequeños (ISO 9003). Entre las ventajas de la normalización se encuentran: brindar al cliente la seguridad de que el producto o servicio se realiza con estricto apego a las especificaciones, elimina una parte de los costos asociados a la mala calidad, contribuye a hacer bien el trabajo a la primera, etc.

2.2 SERVICIOS DE CALIDAD

La palabra servicio proviene de la palabra latina "servus": siervo. El vocablo remonta al primer milenio antes de Cristo, cuando en la península Itálica, la guerra convertía al vencedor en dueño del vencido, así éste último era convertido en un esclavo y siervo. En los tiempos modernos, abolida ya la servidumbre o esclavitud, la palabra servicio resulta apropiada para connotar especial atención, dedicación, actitud obsequiosa y obediente y hasta un aspecto de humildad. Pero, ¿qué es exactamente un servicio de calidad?. Rodríguez y Escobar (1996), mencionan que hablamos de servicio de alta calidad cuando se ven satisfechas las necesidades del cliente o usuario.¹³ De ahí que las normas, políticas y reglas de la filosofía corporativa de servicio de calidad deben basarse en todo aquello que contribuya a cumplir con las características del servicio que determine el cliente. Albrecht asemeja a la empresa reorientada hacia el cliente, con una pirámide invertida en la que se encuentran los clientes en la cúspide de la misma, le siguen los empleados de servicio, las unidades de apoyo, y al último los gerentes.

¹³ Rodríguez, M. E. y Escobar, R. (1996). *Creatividad en el Servicio, una estrategia competitiva para Latinoamérica*. Edit. Mc Graww Hill.

Siguiendo con Rodríguez y Escobar encontramos que las dos dimensiones del servicio son la personal y la de los procedimientos. La primera tiene que ver con la atención del cliente y la segunda con su satisfacción, en otras palabras, con la cortesía y con los resultados respectivamente y afirman que de nada sirve cumplir en una si se falla en la otra.

Con respecto a la dimensión personal del servicio, Pérez (1994), señala que los comportamientos y actitudes que espera un cliente del empleado cuando se acerca a un establecimiento a recibir un servicio son:

- ver a un empleado sonriente sin artificialidad y bien vestido
- que le mire adecuadamente a los ojos
- si ha tenido relaciones previas, que le llame por su nombre
- que no se les interrumpa por razones internas
- que le escuche correctamente
- que adopte actitudes corporales correctas

Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no sucede en la práctica, por el contrario, los problemas entre los que prestan el servicio y los que lo reciben son parte de la cotidianidad. Los clientes se sienten ofendidos si se les trata mal y, a veces, los empleados de primer contacto con el público no están satisfechos con la forma en que les tratan los clientes.

Son muchos los motivos por los cuales se ofrece una mala calidad del servicio. Denton (1991), considera que muchas de las personas que trabajan de cara al público carecen de las capacidades básicas para desempeñar su tarea. Según la misma autora, los trabajadores no conocen sobre los productos o servicios, e incluso si saben algo sobre ellos, parecen no tener motivación o interés en servir al cliente. Los clientes son simplemente una molestia. Lo anterior resulta de una mala selección del personal o bien de una compensación insuficiente por sus esfuerzos.

Un salario mínimo, combinado con la falta de una vía de ascenso, hacen que el trabajo resulte poco estimulante. El servicio es pésimo porque los puestos de trabajo son pésimos. Los empleados no pueden enorgullecerse de un trabajo ingrato. La dirección les da poca formación, y menos motivación. Y si hay formación, suele ser de naturaleza mecánica o técnica, en vez de dirigida a dar satisfacción al cliente. La

dirección pasa más tiempo tratando de automatizar, eliminar y simplificar capacidades técnicas que en desarrollar habilidades relacionadas con el trato al cliente o usuario. Éste recibe generalmente normas, reglas y papeleos producto de un planteamiento burocrático del servicio, a los proveedores de servicios no se les enseña a pensar, a tener iniciativa frente a situaciones problemáticas, a tomar decisiones, ni a comunicarse.

En el caso de las empresas prestadoras de servicios el recurso humano es vital, incluso puede ser más importante que la tecnología con la que se cuenta.

Aunque el cliente paga por un resultado, ante dos opciones con igual nivel de satisfacción para éste, elegirá aquel en el que encontró un mejor trato. El ingrediente que hace la diferencia en la calidad del servicio son los empleados amables, que llaman por su nombre a sus clientes, que conocen sus preferencias, que se preocupan por cubrir sus necesidades y que están dispuestos a hacer algo extra por el usuario.

Una vez asimilado el papel crucial que juega el personal dentro de una organización dedicada al servicio, es prioritario tomar en cuenta que el buen servidor es quien dentro de la empresa se encuentra satisfecho, situación que lo estimula a servir con gusto a los clientes. Alonso, Feishman y Robins entre otros autores coinciden en que la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es un factor determinante en la calidad de la atención (Alonso 1984, Feishman 1979, y Robins 1987; citados por Salinas, Laguna y Mendoza, 1994).

Los proveedores de servicio de alto nivel tratan bien a sus empleados, quieren que éstos se sientan bien con la compañía y consigo mismos. Cuando se consigue esto, la satisfacción del cliente suele venir por sí misma.¹⁴

El modelo desarrollado por Herzberg señala que existen factores intrínsecos vinculados directamente con la satisfacción laboral, tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos. Por otro lado, los factores extrínsecos del trabajo, que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, están relacionados con la higiene, las políticas de la organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos materiales y humanos, el salario y la seguridad (Herzberg s/f, citado por Salinas, Laguna y Mendoza, 1994).

¹⁴ Denton, K. (1991). *Calidad en el Servicio a los Clientes*. Edit. Díaz de Santos.

En efecto, la satisfacción del trabajador no es fácil de lograr, además de la existencia de oportunidades para su crecimiento personal, profesional y económico, éste necesita percibir un clima laboral positivo, en el que impere la cooperación entre empleados y directivos, en el que los jefes funcionen como verdaderos líderes, así como un espacio físico confortable.

Así mismo la capacitación es determinante sobre el desempeño del trabajador que presta el servicio. A través de la capacitación efectiva se les inculca a los empleados un espíritu de servicio siempre enfocado a satisfacer las necesidades del cliente, se les enseña sobre qué trata su empresa, el por qué ellos son importantes para el cumplimiento de los objetivos de la empresa, así como la forma en que deben desempeñar las actividades de su puesto. Holiday Inn es un ejemplo claro del interés de la empresa por capacitar a su personal, tanto así que ha construido el primer instituto de su ramo para formación de directores de hoteles.

Muchas empresas en Latinoamérica aplican lo que Rodríguez y Escobar (1996), denominan el “programa sonría” que consiste en organizar seminarios con mil y una recetas de cómo atender mejor al público usuario, no obstante las cosas no mejoran, ellos dicen que curiosamente los menos culpables de las fallas en el servicio son las personas que atienden a los clientes. Casi siempre hacen su mejor esfuerzo pero no logran los resultados esperados por un arsenal de políticas de la empresa que los bloquean. Todo empieza de arriba para abajo, todo empieza por la mentalidad gerencial (ver nota de pie de página 13).

El compromiso de los altos ejecutivos con la calidad es esencial, sin embargo, frecuentemente existe una gran distancia entre el trabajo de la gerencia y lo que espera el cliente. Las organizaciones que dan buen servicio desarrollan formas efectivas de mantener a sus directores o supervisores en contacto con los clientes y con la operación cotidiana de la empresa con el fin de involucrar a la alta dirección en la mejor comprensión de los clientes. Esto propicia por un lado, que los clientes se sientan satisfechos por el hecho de que alguien les pida su opinión y parezca realmente interesado por su respuesta; y por otro, la detección de problemáticas favorecen el mejoramiento de la calidad del servicio.

En resumen podemos señalar un sin número de factores que intervienen en un servicio de calidad entre los cuales destacan la estructura organizacional enfocada a satisfacer las necesidades del cliente, directivos y supervisores capaces de llevar a cabo éstas, la adecuada selección y capacitación de los empleados de cara al público y la satisfacción intrínseca y extrínseca de los mismos.

2.3 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La influencia de los pioneros de la calidad ha alcanzado también a los servicios de salud. Estos han buscado mejorar su nivel en diversos aspectos. Sin embargo, a diferencia del común de los productos o servicios, en donde la calidad está definida casi exclusivamente a partir de la satisfacción del cliente, en el caso de la atención a la salud, la mera satisfacción no es suficiente, ya que el usuario puede manifestarse a favor del servicio, aun cuando no siempre haya sido de calidad. En otras palabras, el paciente no siempre tiene la capacidad de juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fue sometido.

Al no estar determinada la calidad del servicio de salud solamente por la satisfacción del usuario o cliente, es necesaria la intervención de terceros para juzgar la calidad del mismo. De esta manera el concepto puede variar según a quien se le pregunte y desde que perspectiva se contemple.

Para la institución de salud la calidad está relacionada con oportunidad, costos, morbilidad, mortalidad y ausencia de quejas; para el trabajador la calidad se entiende en términos de satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiados, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel. Finalmente para los pacientes la calidad significa cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficiente.¹⁵ La mayor parte de los usuarios agradecen que se les dé atención personalizada, aunque no siempre es posible, a casi todos ellos les gusta que los empleados les presten atención, que establezcan un contacto visual o que les llamen por su nombre, la idea es que no se sientan como un número más que va a ser

¹⁵ Salinas, O. C., Laguna, C. J. y Mendoza M. M. (1994). La Satisfacción laboral y su papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Salud Pública de México, vol. 36, No. 1, P.p 22-29.

procesado en el ordenador. Los usuarios buscan que los proveedores de servicio den sugerencias y ayuda de forma voluntaria, en lugar de esperar a que los usuarios se la saquen a la fuerza.

Los autores que hablan de la calidad en el área de servicios han desarrollado sus propias definiciones; entre los más importantes se encuentra Avedis Donabedian, quien considerado como uno de los principales expertos a nivel mundial en el estudio de la calidad de la atención médica, define a ésta como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. (Donabedian, 1980; citado por Ruelas, 1992).

Este mismo autor al igual que Estrada y Rodríguez, incluye en su definición dos dimensiones de la calidad: la técnica y la interpersonal, mismas que se definen en el capítulo correspondiente a la metodología.

En el siguiente tema se presentan algunos hechos de la historia de la evaluación la calidad en los servicios de salud, que demuestran los esfuerzos que se vienen realizando en esta materia sobre todo en lo que respecta a la cuestión técnica; desafortunadamente con frecuencia se ha olvidado la calidad del trato que brindan los trabajadores a los usuarios, tanto en su implantación como en su evaluación.

2.4 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Toda compañía necesita valorar la calidad del servicio que presta, de lo contrario no hay forma de mejorarlo. En general la evaluación de la calidad de los servicios siempre va retrasada con respecto a la del área de producción de mercancías, en parte porque es más fácil medir la calidad y la productividad de objetos tangibles, que la de los servicios. Es obvio que sabemos cuándo los productos fabricados son buenos o defectuosos, pero no es tan fácil cuando se trata de servicios.

El servicio incorpora más elementos intangibles o subjetivos que la fabricación, tales como la amabilidad, la cooperación, propios de la actividad mental, que podemos evaluar mediante las manifestaciones de ésta sobre el servicio.

Para evaluar la calidad del servicio es necesario elegir los criterios o indicadores a evaluar, y posteriormente el método a utilizar. El objetivo es comparar el nivel

alcanzado por el indicador contra el estándar establecido. Los indicadores deben ser establecidos con base a los prioridades de los clientes.

Según Dentón (1991), generalmente los criterios de evaluación de la calidad del servicio se refieren a su parte humana y a la que corresponde a aspectos organizativos. Al evaluar aspectos relacionados con los procedimientos se requiere preguntar ¿está el trabajo debidamente planificado para que pueda facilitarse un servicio profesional?, ¿están debidamente organizadas las zonas de trabajo correspondientes a los prestadores del servicio al público?, ¿se dispone del equipo y herramientas necesarios para mejorar y facilitar el servicio a tiempo?, etc. Por lo que se refiere a la parte humana del servicio, es indispensable evaluar al personal y a la supervisión que éste recibe, es importante detectar si ¿son los supervisores buenos profesores, que ayudan más que obstaculizan al personal?, ¿están los prestadores de servicio familiarizados con el trabajo que se supone deben realizar?, ¿contestan a las preguntas de los clientes con tacto o de forma grosera?, ¿son agradables u ofensivos?, ¿son sinceros o sarcásticos?, etc.

Es conveniente evaluar al personal en distintas horas del día, se debe observar si ¿se ha mantenido atento en su trabajo a pesar de estar sometido a presiones?, ¿la apariencia que proyecta es la correcta?, ¿son agradables, amistosos y serviciales?, ¿el lenguaje verbal y corporal que utilizan concuerdan con una actitud de servicio?, etc. De cualquier manera es importante analizar la subjetividad de aquellas personas que realicen la evaluación.

En el caso de los servicios de salud, desde que Pierre Louis en 1795, habló por primera vez de evaluar la medicina, los términos que se usan son más o menos los mismos: estadísticas, mediciones, estándares, indicadores, etc. Aunque también hay en los últimos años, algunos nuevos: auditorias, certificación, garantía, acreditación, eficacia, eficiencia, efectividad tecnología y costos.

La eficacia ha sido comparada con la calidad, ser eficaz es lograr los objetivos sin tener en cuenta los recursos que se utilicen. Ser eficiente es lograr el mismo objetivo con el mínimo de los recursos. Otra definición importante es la de efectividad, que de acuerdo con Brook, es el beneficio promedio de un programa o procedimiento cuando se usa por un prestador de la atención médica de tipo promedio en una comunidad promedio (Brook, 1992; citado por Salinas, Laguna y Mendoza, 1994).

Los primeros intentos por evaluar la calidad de los servicios médicos se encuentran en la Gran Bretaña y los Estados Unidos.

En 1955, colegios americanos formaron el Programa Nacional de Auditoría Médica, cuyo objetivo principal era valorar el ejercicio profesional de los médicos. En 1972, como consecuencia de la aprobación de la ley americana 92-603, que determina la aplicación de estándares, supervisión, certificación y evaluación de los servicios médicos, la Asociación Americana de Hospitales lanzó un programa de garantía de calidad. Ese mismo año se instaura la primera comisión para acreditar instituciones de salud, con la finalidad de hacer pública la seguridad que representan para el usuario.

Poco a poco el interés que en un principio se había concentrado en la actuación del médico, comienza a abarcar un mayor número de aspectos de la atención médica en todo el mundo.

En México se establece en 1956 como método de evaluación de la calidad, la revisión de expedientes clínicos en el I.M.S.S..

Posteriormente son desarrollados los primeros lineamientos con fines evaluatorios en las principales instancias de seguridad social en el país: I.M.S.S., I.S.S.S.T.E y D.I.F.

Es hasta 1983 cuando la evaluación de la calidad de la atención médica abandona el expediente clínico y la evaluación de la productividad como indicador de eficiencia en los servicios, para dar inicio a una evaluación integral de las Unidades Médicas en la que se incluye la valoración de la estructura, el proceso y los resultados de la atención. Este enfoque fue propuesto por Donabedian en 1980, para él la estructura corresponde a las características relativamente estables de los prestadores de servicios, tales como el equipo, la infraestructura, los recursos materiales, humanos y tecnológicos; el proceso se relaciona con las actividades a realizar; y los resultados cuyo análisis deben ser analizados con gran precisión.

Aunque en muchos países se ha difundido este modelo de evaluación, la mayoría de las investigaciones continúan abocándose exclusivamente a evaluar aspectos del proceso como son: la oportunidad de la atención, el diferimiento para obtener una cita, el tiempo que debe aguardar el derechohabiente en las salas de espera, el correcto desarrollo de los procedimientos médicos conforme a las normas institucionales, conocimientos vigentes de la medicina, la correcta utilización de la tecnología etc.

Sin embargo en forma aislada, la evaluación de la calidad de los procesos proporciona en la mayoría de los casos información sobre aspectos administrativos y técnicos de la atención pero prácticamente ignora las cuestiones interpersonales. Ni que decir de la evaluación del proceso específicamente con respecto al trato que brinda el personal no médico, es decir el que está asignado a labores administrativas, en donde la evaluación simplemente está ausente.

Salinas, Laguna y Mendoza (1994), señalan que la evaluación de la calidad a través de diversos aspectos generalmente indirectos y subjetivos han generado dificultad para interrelacionar las categorías de estructura-proceso-resultado. Ellos proponen un modelo metodológico con un enfoque proceso-resultado en la evaluación de la calidad, desde una perspectiva multidimensional cuyos objetivos son los siguientes: a) determinar el papel del desempeño y de la satisfacción laboral, como factores que apoyan la calidad de los procesos y sus resultados en una unidad hospitalaria; b) conocer la opinión en relación al desempeño laboral de los trabajadores de primer contacto, manifestada por el personal directivo, por los propios trabajadores evaluados y por los pacientes ; y c) comparar la opinión del personal directivo, de los trabajadores y los pacientes valorados. El enfoque proceso-resultado se basa en que el desempeño del trabajador determina la atención técnica durante el proceso y la satisfacción laboral determina el resultado (ver nota de pie de página 15).

Cuando se evalúan aspectos relativos a la calidad de la atención médica o paramédica existe el riesgo de asignar valores numéricos a elementos eminentemente subjetivos basados en criterios arbitrarios, o injustos. Los prejuicios, conscientes o no, pueden afectar la asignación de una cifra mayor o menor a una calificación determinada, por simpatías, antipatías, buen o mal estado de ánimo, consignas en pro o en contra etc. Indudablemente que todo esto puede restarle objetividad a la investigación, no obstante, aún cuando evaluar la calidad de los servicios de salud representa un alto grado de dificultad no debe dejarse de lado pretextando su difícil tratamiento.

CAPITULO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: INICIO, EVOLUCION Y PROYECCION

3.1 ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL NACIONAL E INTERNACIONAL

En respuesta a la necesidad de protección del trabajador y de la sociedad contra contingencias tales como enfermedades, riesgos en el trabajo, invalidez, vejez y otras eventualidades que ponen en riesgo su salud y su economía, el estado busca garantizar la seguridad social tanto para el asegurado como para sus dependientes, sin embargo esto no siempre fue así.

En la antigüedad, el hombre nómada y sedentario fue presa de enfermedades, hambre y agresiones diversas que mermaban su capacidad productiva.

Diez siglos antes y después de la era cristiana se sucedieron desde sociedades primitivas hasta grandes imperios, que buscaron tanto la posesión de las tierras para la agricultura, como la de sus pueblos, ejerciendo para ello un poder que conoció todas las dimensiones de la crueldad sin que la inseguridad, la enfermedad, el hambre y la pobreza encontrarán respuesta a sus grandes demandas.

Según Borrego (1993), los antecedentes formales de la seguridad social se remontan a finales de la edad media. Durante la etapa comprendida entre el siglo XII y el siglo XVII se impuso el modelo artesanal, en el que la producción de las manualidades y las artes tuvieron un valor mayor que los productos agrícolas. Consecuentemente apareció un nuevo estrato en la población constituido por comerciantes, practicantes de oficio que se vuelve profesión, que tienen éxito al no depender más del favor y poder del monarca. En la medida en que estos grupos crecieron y se organizaron nacieron las mutuales, las asociaciones y los sindicatos. La mutualidad consistía en una agrupación de individuos de la misma clase social y la misma actividad económica que se reunía para darse ayuda mutua, no obstante, este sistema no funcionó ya que las necesidades

del grupo eran mayores que los recursos económicos con que contaban por lo que se siguió manifestando la inestabilidad social, la enfermedad y la pobreza.

Entre los precursores del pensamiento humanista de la seguridad social destacan, en el siglo XVI, Juan Luis Vives; y en el XVIII, Juan de Mariana y Tomás Moro. Así mismo encontramos el espíritu de igualdad y de derecho a la seguridad de todos los hombres en las Leyes del Barón de Montesquieu que desencadenaron la revolución francesa.

La revolución industrial convierte la fuerza de trabajo en un insumo más de la producción sin promover un mínimo de seguridad y bienestar para sus trabajadores. Ideólogos como Mills, Loke, Comte y posteriormente Marx y Engels pugnan por una transformación radical en los sistemas de trabajo.

En Europa las organizaciones de trabajadores, en especial las mutuales y los sindicatos iniciaron la lucha para defender los derechos de los obreros; luego se sumarían a éstas las iglesias, para excluir a los niños de las fábricas, regularizar la jornada de trabajo, proteger a la mujer embarazada y al trabajador no calificado, indemnizar y rehabilitar a los accidentados en el trabajo y pensionar a los ancianos y a los inválidos.

En Alemania se elaboraron las tres leyes que dieron origen a los seguros sociales, los cuales revolucionarían las relaciones laborales. En 1883, el Canciller Otto Von Bismarck, favorece la creación de la ley del seguro obligatorio, que inicialmente cubría sólo la enfermedad, a la que paulatinamente se fueron incorporando los seguros de accidente de trabajo, de invalidez y vejez.¹⁶

En muy poco tiempo la mayoría de los países europeos aprobaron legislaciones semejantes y las organizaciones afines empezaron a reunirse cada dos años convocadas por la Asociación Internacional de Seguros Sociales, de modo que se fueron estableciendo normas internacionales en materia laboral para la producción industrial, con un claro avance en la estabilidad de los intereses de los trabajadores.

En el decenio de 1930, después de la primera y segunda guerras mundiales, una crisis económica generalizada arrojó grandes masas de desempleados, pobreza y parálisis de la producción lo cual impulsó el nacimiento de organizaciones mundiales que

¹⁶ Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos, Coordinación General de Comunicación Social / Publicaciones I.M.S.S. (1990). Trayectoria Histórica del I.M.S.S.

acordaron normas y políticas dirigidas al desarrollo económico y social de las naciones. En la Organización Internacional del Trabajo (OIT), por ejemplo, se hicieron recomendaciones sobre la estructura y el funcionamiento del sector laboral, y se establecieron como responsabilidad del estado a la salubridad y la asistencia social. Sin lugar a dudas, el avance mayor se produjo en 1945, al reiterar las naciones su propósito de hacer los mayores esfuerzos por la paz y el desarrollo de sus comunidades, lo cual quedó manifiesto en la Organización de las Naciones Unidas, específicamente en la carta de los derechos humanos, en cuyo artículo 22 se establece el derecho de los ciudadanos a la seguridad social; y en el 25, el acceso a los servicios médicos.¹⁷

En América Latina, la seguridad social fija sus inicios hacia 1935 y se caracterizó por la creación de los regímenes de jubilaciones, de pensiones, de vejez y de sobrevivencia, complementados algunas veces por pensiones de invalidez, mismos que no eran aplicados a los trabajadores en general, sino a determinadas clases de funcionarios.

En México la seguridad social sentó sus bases en tres etapas fundamentales: la precardenista, la cardenista y el primer trienio de la administración del Presidente Avila Camacho.

Las tristes condiciones de trabajo que imperaban en el porfiriato, incrementaron de manera sustancial los movimientos de inconformidad de obreros y campesinos, quienes en busca de protección social y mejoras laborales se organizaron para formar el Circulo de Obreros Libres en 1906, y la Liga de Ferrocarrileros en 1908, entre otros.

En el año de 1906, Enrique y Ricardo Flores Magón, en su manifiesto del Partido Liberal Mexicano, registraron la más trascendente aportación del decenio a la historia del seguro social. En su programa político se proponía modificar la Constitución a fin de garantizar al obrero un salario mínimo, la reglamentación de la jornada de trabajo, del servicio doméstico y del trabajo a domicilio; la prohibición del empleo de niños menores de 14 años; la obligación de los patrones de mantener las mejores condiciones de higiene en las fábricas, de instalar los locales en un estado que prestase seguridad y de pagar indemnizaciones por los accidentes de trabajo.

¹⁷ Miranda, G. (1997). Tránsito de nuestras actividaes hacia un nuevo sistema de seguridad social. *Cuestión Social*. Vol. 40, P.p. 31-41.

Los preceptos de la revolución mexicana de 1910 también dieron origen a una legislación para limitar la explotación de los trabajadores en cualquier actividad laboral.

Durante el Congreso Constituyente de 1917, una comisión inspirada en las ideas de los Flores Magón logró incorporar los derechos de los obreros a la Constitución, haciendo hincapié nuevamente en la responsabilidad de los empresarios ante los accidentes y enfermedades profesionales. Así, se asentaba que “se considera de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el gobierno federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular”. Esta, que posteriormente sería considerada la primera Declaración de los Derechos Sociales del Mundo, quedó por escrito en el artículo 123 fracción XXIX de la Constitución promulgada el 5 de Febrero del mismo año (ver nota de pie de página 16).

Bajo la presidencia del General Alvaro Obregón en 1921, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Obrero cuyo funcionamiento fue limitado. En 1926, se emite la Ley de Pensiones Civiles y de retiro para funcionarios y empleados del gobierno federal, durante el gobierno del General Plutarco Elías Calles. Siendo Presidente de la República Emilio Portes Gil, se reformó en Agosto de 1929, el artículo 123 Constitucional y el texto de la fracción XXIX quedó así: “Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y seguridad de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares” (ver nota de pie de página 16).

El proceso continúa y en 1931, durante la administración del Presidente Pascual Ortiz Rubio se expide la Ley Federal de Trabajo, con la indicación de que en 1932 se debería expedir la Ley del Seguro Obligatorio, proyecto que se frustró por la renuncia del propio presidente.

Lázaro Cárdenas fue el encargado de poner en práctica el más decidido plan sexenal promotor de la seguridad social. En 1934, decreta la creación de la Secretaría de

Asistencia Pública con la responsabilidad de prestar atención médica y social a toda la población.

En 1936, a partir de las resoluciones tomadas en la primera Conferencia de los Estados de América (miembros de la OIT), el General Lázaro Cárdenas solicita a las distintas dependencias la relación de un proyecto de ley para la implantación de la seguridad social. Es el Licenciado Ignacio García Téllez el autor principal de dicho proyecto que debido a la crisis que sufrió el país en ese momento por la expropiación petrolera, no pudo ser puesto en marcha.

Después de este largo camino no fue sino hasta Enero de 1943, bajo el sexenio del Presidente Manuel Avila Camacho, que la Ley del Seguro Social se aprueba y publica, dando lugar a un ambicioso proyecto: la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.).

El Presidente de la República nombró como primer director del instituto a Vicente Santos Guajardo, quien después de organizar la inscripción de patrones y trabajadores, da inicio a la operación de la atención médica en 1944.

3.2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

3.2.1 *Definición*

El I.M.S.S. es un organismo público descentralizado, de carácter fiscal autónomo, con personalidad jurídica y patrimonios propios, encargado de la administración del seguro social en los términos que ley correspondiente establece¹⁸; opera con base a una administración tripartita representada por las cuotas y contribuciones del sector patronal, de los trabajadores y del gobierno federal.

3.2.2 *Misión*

La misión consensada por representantes de las Direcciones Normativas y Regionales

¹⁸ Artículo 5º de la Nueva Ley del Seguro Social (1995). Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995, México D.F.

del I.M.S.S. consiste en garantizar al usuario el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para contribuir a elevar su calidad de vida, proporcionando las prestaciones médicas, económicas y sociales con trato amable, espíritu solidario y un nivel de calidad que le permita al instituto mantener el liderazgo de la seguridad social mexicana.

3.2.3 Nueva Ley del Seguro Social

Actualmente la seguridad social encomendada al instituto se hace cumplir conforme a las disposiciones establecidas en la Nueva Ley del Seguro Social publicada en Diciembre de 1995 y puesta en marcha el 1° de Julio de 1997.

Los regímenes que comprende esta ley en materia de seguro social son:

- Régimen obligatorio
- Régimen voluntario

El régimen obligatorio abarca las siguientes ramas: riesgo de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; guarderías y prestaciones sociales.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual por una relación de trabajo, los miembros de sociedades cooperativas de producción, las personas que determine el Ejecutivo Federal a través de decreto. Voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio mediante convenio: los trabajadores de industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios, los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Las prestaciones que otorga a la población son de dos tipos: en especie y en dinero; así mismo entre las modificaciones más relevantes que presenta esta ley, se encuentra dentro del régimen voluntario, el seguro de salud para la familia que permite a quienes trabajan por su cuenta acceder a los servicios médicos, y por otro lado el nuevo sistema

de pensiones a través del cual los trabajadores pueden ahorrar su fondo de retiro en una cuenta individual mediante una Afore.

3.2.4 Estructura Organizacional

Las relaciones laborales en el Instituto Mexicano del Seguro Social están integradas básicamente por tres personajes que son: instituto, sindicato y trabajador.

El instituto requiere para alcanzar sus objetivos de personal especializado que cumpla con sus múltiples funciones, que realice diversas actividades y programas relacionados con la seguridad social para las que fue encomendado, y lo más importante, que tenga un gran espíritu de servicio y compromiso con la sociedad.

Por otro lado, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (S.N.T.S.S.) creado en 1943, tiene por objetivo luchar por conservar y mejorar las conquistas obtenidas en el Contrato Colectivo de Trabajo, promover en los órganos legislativos iniciativas de leyes que favorezcan a los trabajadores, así como oponerse a la aprobación de aquellas que lesionen sus derechos y en general buscar el bienestar económico, cultural y social de la clase trabajadora.

La máxima autoridad del sindicato es el Congreso Nacional, el cual se integra por 500 representantes electos por los trabajadores y cuyas funciones principales son entre otras, elegir a los miembros del Comité Ejecutivo Nacional y de las Comisiones Nacionales. De igual forma existe un Consejo Nacional que está facultado para discutir, aprobar o rechazar la revisión del tabulador de sueldos. Los órganos locales de gobierno sindical son los Congresos y Consejos Seccionales que a su vez tienen como tarea elegir a los miembros del Comité Ejecutivo y Comisiones Seccionales. Finalmente la unidad básica de la estructura sindical queda conformada por Subdelegaciones y Delegaciones.

Indudablemente que el S.N.T.S.S. es por la magnitud de su estructura, y por su indiscutible poder sobre las decisiones de las autoridades institucionales, uno de los más importantes del país.

La vinculación laboral y el pacto colectivo de acuerdos generales entre instituto, sindicato y trabajador se contemplan en el Contrato Colectivo de Trabajo, en el cual se considera al trabajador no sólo como ser económico, sino como ser social. Dicho documento contribuye a proteger la integridad del trabajador tanto en su área laboral

como fuera de ella, le procura condiciones saludables y satisfactorias en su diario vivir con la familia y con la comunidad, a través del fomento de actividades recreativas y culturales, y establece múltiples prestaciones en especie y en dinero.

Cabe destacar que aún cuando el Contrato Colectivo de Trabajo busca conciliar las voluntades de las partes involucradas, en la práctica los ideales del sindicato no siempre coinciden con los intereses del instituto.

3.2.5 *Organigrama*

El organigrama institucional, contempla básicamente cuatro niveles administrativos:

1. Nivel Central o Normativo
2. Nivel Regional
3. Nivel Delegacional
4. Nivel Operativo o de Servicios

Ubicado en la cúpula organizacional se encuentra el nivel central o normativo, el cual se constituye con las siguientes instancias:

- La Asamblea General, autoridad suprema de la institución
- El Consejo Técnico, representante legal y encargado de la administración
- La Comisión de Vigilancia, organismo abocado a verificar las inversiones y a la práctica de las auditorías de los balances contables
- La Dirección General, representante del instituto ante autoridades y encomendado a ejecutar los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico.

El nivel regional cuenta con 7 Direcciones Regionales distribuidas en todo el país, desde las cuales se hacen cumplir los acuerdos del Consejo Técnico y de la Dirección General en las Delegaciones correspondientes a su jurisdicción.

Bajo la supervisión de dichas Direcciones se encuentran 32 Delegaciones Foráneas o Estatales y 4 del Valle de México.

Finalmente el nivel operativo o de servicios está constituido por:

- Unidades de Servicios Técnicos y Tesorería
- Unidades Médicas de primero, segundo y tercer nivel de especialización
- Guarderías
- Unidades de Prestaciones Sociales
- Unidades de Servicios Sociales de Ingreso

- Unidades Auxiliares de apoyo

Por lo que se refiere a las Unidades Médicas, cabe mencionar que éstas se distribuyen en todo el territorio nacional y se clasifican en tres niveles diferentes de atención.

Según Aguirre (1997), distribuidas en las 36 Delegaciones se ubican un total de 10 centros médicos, con 41 Unidades Médicas de tercer nivel y 22 zonas de atención médica con un hospital general como cabecera, los cuales brindan apoyo a un total de 1482 unidades de medicina familiar.

3.2.6 Cobertura

Para 1995, el I.M.S.S. proporcionaba diariamente 370 mil consultas, más de 25 mil 700 estudios de radiodiagnóstico, 5 mil 300 egresos hospitalarios, 3 mil 500 intervenciones quirúrgicas y más de 2 mil nacimientos de niños. Su cobertura ascendía a más de 10 millones de asegurados permanentes y beneficiarios, 1 millón 440 mil pensionados y familiares en todo el país.

Actualmente, de cada 3 nacimientos, 1 se lleva a cabo en el instituto, se realizan diariamente 5492 operaciones y cuenta con 360 mil trabajadores para atender a 58 millones de derechohabientes.¹⁹

3.3 MODERNIZACION INSTITUCIONAL

En los últimos años se han desarrollado acontecimientos de gran trascendencia para nuestro país y en particular para la seguridad social tales como:

- La aprobación de tratados de libre comercio de México con diferentes bloques económicos
- La publicación del Diagnóstico Situacional del I.M.S.S. en Marzo de 1995
- La aprobación de la Nueva Ley del Seguro Social el 21 de Noviembre de 1995, y la consecuente determinación de líneas de trabajo para la modernización institucional incluidas la calidad de la atención y la eficiencia operativa.

El tratado de libre comercio celebrado con E.U. y Canadá incluyó situaciones que involucran de manera relevante a la práctica médica. Estas situaciones fueron analizadas en Noviembre de 1993 en el seno de la Secretaría de Relaciones Exteriores,

¹⁹ Gutiérrez Dolores (Conductora). Programa televisivo Hablemos Claro (Abril, 2000). Entrevista al Lic. Genaro Borrego Estrada, Director General del I.M.S.S.

fecha en la cual quedó de manifiesto la necesidad de estandarizar y homologar los niveles de calidad en la práctica médica. Ante tales circunstancias la calidad con que se otorga la atención médica, su evaluación y su mejoramiento continuo adquirieron una relevancia fundamental.

Sin embargo, el diagnóstico situacional del instituto presentado por Borrego dos años después, dio a conocer a la opinión pública que éste se encontraba en enorme riesgo de viabilidad y que no tenía recursos para cumplir sus más elementales obligaciones con la población derechohabiente.

Al respecto Sánchez (1995), mencionaba doce enfermedades del instituto, entre las cuales destacan: un esquema de trabajo que no propicia la superación del personal, un sistema de administración de recursos humanos obsoleto cuya operación continuamente está expuesta a errores, una asistencia laboral promedio de 189 días de 255 laborales, problemas de sobreabasto y desabasto. Por lo que toca al primer nivel de atención mencionaba largas esperas para recibir la 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 médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas. En cuanto al segundo nivel, refería serios problemas de obsolescencia de equipo, sobrecarga en las labores del personal presente ocasionado en la mayoría de las veces, por el usente. Y finalmente, con respecto a los problemas que generaban insatisfacción en el tercer nivel de atención, se encontraban según el mismo autor, aquellos que están directamente vinculados con la estructura administrativa del sistema, la casi nula capacidad de gestión de los cuerpos de gobierno de las unidades inhibía su propia experiencia administrativa y de mejoramiento en el servicio.

Así, la baja eficiencia y calidad del servicio manifestadas en el diagnóstico situacional del instituto impulsaron una serie de acciones para superar estas deficiencias, no obstante, los diversos proyectos de cambio para elevar la calidad de éste ya se venían realizando desde tiempo atrás.

En 1966, se sembraron las primeras acciones encaminadas al cambio de actitud de los trabajadores mediante el establecimiento de un sistema de capacitación y desarrollo del personal.

Más tarde, de 1988 a 1992, se introdujeron las herramientas básicas de la mejora continua, se crearon círculos de calidad en todas las unidades del instituto, y aunque se avanzó en el camino de la renovación, no se logró la concientización de la totalidad de los directivos, tanto de la alta dirección, como de los mandos medios, por lo que posteriormente se autorizó un programa de desarrollo para la alta dirección denominado “En busca de la calidad y la excelencia”, el cual sentó las bases para considerar a la calidad como el camino a seguir para el mejoramiento de los sistemas de trabajo.

En respuesta al “Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994” se constituye en Junio de 1990 el Comité de Calidad del I.M.S.S., cuyo objetivo fue el de promover la aceptación al cambio, sin embargo no proporcionó la planeación estratégica suficiente, de ahí que fué necesario desarrollar un “Programa de Modernización Delegacional” que superara dicha deficiencia, el cual se aplicó en catorce Delegaciones del instituto, promoviendo con ello una administración por procesos en forma horizontal, no obstante no tocó en profundidad los macroprocesos, pues se requerían modificaciones a nivel normativo. Por tal motivo en 1996, en cumplimiento del “Programa de Modernización de la Administración Pública 1995-2000”, la Comisión Ejecutiva del I.M.S.S. dicta el acuerdo 21.9 en la que se autoriza que una vez que en la mayor parte de las unidades se cuente con procesos participativos de planeación estratégica y mejora continua, se formen los Consejos Delegacionales de Calidad, para concluir en su momento, con el Consejo Institucional de Calidad. En esencia este acuerdo pretende la desconcentración de procesos operativos a las delegaciones, la administración por procesos, el seguimiento a la implantación de los mismos a través de indicadores de desempeño, el enfoque de satisfacción al usuario y la promoción y medición de la calidad del servicio y prestaciones de ley otorgadas.

Una vez realizadas las modificaciones correspondientes a la parte normativa, en Agosto de 1997, la Dirección de Prestaciones Médicas publica los “Lineamientos para

la Mejora Continua en Unidades Médicas” con el fin de dar seguimiento a las nuevas disposiciones de la normativa.

Como parte del trabajo que la mejora continua exigía, para Octubre de ese mismo año, la Delegación 2 Noreste, correspondiente a la Dirección la Raza, desarrolla un “Programa Delegacional de Calidad”, el cual detallaré a continuación.

Entre los puntos principales de la filosofía que le daban soporte, se encuentran: el usuario es la guía de los cambios en los procesos que intervienen en cada una de las áreas de servicio, el directivo desarrolla equipos de mejora, existe una cultura de autoevaluación a través del uso de indicadores y establecimiento de estándares, etc.

Para dar cumplimiento a dicho programa se involucró entre otras, al área de capacitación con el fin de que mediante sus efectos se lograsen los cambios deseados. Este último punto marcó el inicio de la transformación de la misión del equipo de capacitación, ya que ahora se le depositaba la responsabilidad de mantener la competitividad del factor humano a través de su desarrollo integral orientado a la administración de la calidad. En este sentido, la Oficina Delegacional de Capacitación y Desarrollo se comprometía no sólo a plantear líneas de investigación relacionadas con la aplicación del Programa Delegacional de Calidad, sino también a mejorar el modelo general de capacitación que venía desarrollando con anterioridad, mismo que había carecido hasta ese momento de una evaluación. Era evidente que el proceso de capacitación estaba incompleto, dado que no se conocían sus resultados, por lo que siguiendo con los principios de la mejora continua se propone la evaluación de los cursos y programas de capacitación con base a indicadores de calidad en el servicio.

Finalmente en Julio de 1998, entró en vigor el “Plan Integral de Calidad” (PIC), el cual contempla la participación integral de los trabajadores del nivel normativo, regional, delegacional y operativo, así como el apoyo del S.N.T.S.S. Al respecto, el Director General del I.M.S.S., Genaro Borrego (1998), afirmó que a partir de ese año y hasta el término de la administración del Presidente Zedillo, el instituto estaría volcado literalmente a favor de la calidad teniendo como plataforma del cambio al PIC.

Al igual que las iniciativas realizadas con anterioridad, el PIC busca mejorar la calidad del servicio en función de la satisfacción del usuario, impulsa el trabajo en equipo, el desarrollo de actividades de los trabajadores como parte de procesos completos y no

como acciones aisladas, la aplicación de herramientas de tipo metodológico en los proyectos de calidad, la evaluación de dichos proyectos, la descentralización de la toma de decisiones, el fortalecimiento de la cultura de calidad, etc. Además este nuevo plan aporta estrategias innovadoras que apoyan los esfuerzos anteriormente realizados, entre ellas la creación de la Dirección de Organización y Calidad que contribuye al funcionamiento del PIC a través de la coordinación de equipos estratégicos, equipos guía por servicio, equipos estratégicos de operación, y equipos de proyecto que suman entre todos más de 500 a nivel nacional; el establecimiento de un método que propicia la solución de las deficiencias a partir de propuestas hechas por quienes realmente viven la problemática, en este caso los trabajadores del nivel operativo, lo cual genera un liderazgo participativo desde los estratos más bajos hacia los jerárquicamente más altos, así como una estrecha relación entre el nivel normativo y operativo; la promoción de estímulos y premios a los trabajadores; desarrollo y evaluación de indicadores y establecimiento de estándares de calidad relacionados con los proyectos de mejora, etc. Cabe destacar que la nueva Dirección de Organización y Calidad motivó además el cambio de nombramiento de las Oficinas de Capacitación y Desarrollo al de Coordinaciones Delegacionales de Organización y Calidad y con ello la modificación de los objetivos de la capacitación.

3.3.1. Modernización y Capacitación

De acuerdo con el PIC y con los programas que le han antecedido, especialmente el denominado Programa Delegacional de Calidad, es indispensable para las Coordinaciones de Organización y Calidad, conocer los resultados de los cursos que organiza para los trabajadores con base a indicadores y estándares de calidad en el servicio establecidos por el propio derechohabiente.

Por lo que se refiere a la Coordinación correspondiente a la Delegación 2, consciente del papel fundamental que juega la capacitación de los trabajadores sobre la calidad del servicio que ellos proporcionan al derechohabiente, pone en marcha por primera vez la evaluación de sus cursos comenzando por el programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas" que a continuación detallaré.

3.3.1.1 *Programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas”*

Tomando en cuenta la relevancia que tiene para el instituto el desempeño de las categorías o puestos de primer contacto con el usuario, como lo es el caso de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras, este programa se elaboró dentro del plan de trabajo del Programa Delegacional de Calidad ya mencionado. A principios de 1997 se realizó la detección de necesidades de capacitación mediante la aplicación de un cuestionario a 100 derechohabientes y a 20 Asistentes Médicas de diferentes Unidades Médicas de la Delegación 2. Dicho cuestionario estuvo orientado a conocer por una parte, la percepción que del servicio tiene el usuario, y por otra a identificar como inciden las acciones que desempeñan la Asistente Médica para esta atención.

Los resultados indicaron que entre los aspectos más relevantes relacionados con las actividades de las Asistentes Médicas se encontraban: el mal trato, deficiente coordinación en los cambios de turno, nula disponibilidad para dar información verbal o vía telefónica, malas relaciones interpersonales y por lo tanto relaciones laborales ineficientes y una gran resistencia al cambio.

Así, el programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas” (ver anexo no. 1 Carta descriptiva del programa de capacitación) se diseñó para ser impartido en 10 días, durante 24 meses a las 1051 Asistentes Médicas y 53 Coordinadoras de Asistentes Médicas adscritas a las Unidades Médicas de primero, segundo y tercer nivel de esta Delegación, con el objetivo de incrementar la calidad del servicio otorgado por las mismas a los derechohabientes a través de la revisión y análisis de los procesos que intervienen en sus funciones.

Cabe mencionar que el fundamento legal de este programa se encuentra descrito en la cláusula 114 del Contrato Colectivo de Trabajo, en la que se señala: “El instituto y el S.N.T.S.S, considerando esencial el desarrollo de los trabajadores, así como la elevación de su calidad de vida, acuerdan la permanente impartición de cursos de capacitación, adiestramiento, actualización y orientación para todos los trabajadores de base”. En este caso es el instituto quien lo diseña e imparte de acuerdo a la modalidad de capacitación continua en el trabajo señalada en el Reglamento de

Capacitación y Adiestramiento del mismo contrato. Así mismo esta cláusula da cumplimiento a la fracción XIII del apartado "A" del artículo 123 Constitucional, en donde se señala que las empresas, cualquiera que sea su actividad están obligadas a proporcionar capacitación o adiestramiento a sus trabajadores.

El programa en cuestión dio inicio a partir del 7 de Julio de 1997. Al 4 de Mayo de 1998, fecha a partir de la cual comenzó la presente investigación, se habían impartido 17 series de cursos, con lo cual se cubría el 36% y el 88% de la población total a capacitar de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras respectivamente.

La última serie de 11 cursos del programa se llevo a cabo a principios del año 2000, con lo cual se cubrió el 100% de la población a capacitar, no obstante el programa se ha contemplado para impartirse posteriormente en otras delegaciones del instituto.

3.3.1.2 Creación y desarrollo de las Categorías Asistente Médica y Coordinadora de Asistente Médica.

Hasta 1957 el personal médico se había apoyado para la realización de sus funciones en el personal paramédico, siendo enfermería el primer auxiliar con el que contó tanto para establecer comunicación con el paciente, como para la propia atención médica. Posteriormente aparece la Secretaria Médica, como apoyo del médico general y como responsable del archivo descentralizado. La Secretaria Médica llevaba a cabo funciones de auxiliar de enfermería y era el enlace entre el médico y el derechohabiente.

El 28 de Marzo de 1960, el Sistema Médico General se transforma en un Sistema Médico Familiar con el objeto de separar la atención de médicos generales de adultos y médicos generales de menores. El archivo clínico se organiza centralizado y se coordina con los servicios de recepción. Es así como en este mismo año la Secretaria Médica cambia a la categoría de Recepcionista.

En 1969 la Recepcionista es reemplazada por la Asistente Social, cuyas funciones y actividades están a cargo del área de trabajo social.

A partir de 1971 el área médica del instituto empieza a crecer rápidamente, la enseñanza de la medicina familiar alcanza un gran auge, se amplía la infraestructura de las Unidades Médicas, aumenta el número de médicos, se crean nuevas categorías entre ellas la de Jefe de Departamento Clínico. Todos estos acontecimientos originaron

la necesidad de cambiar a la Asistente Social al área médica, con lo cual se creó la categoría de Asistente de Consultorio y su actuación sería la de una enfermera, como vínculo entre el médico y el paciente, como una herramienta para la educación del derechohabiente y las relaciones humanas. De 1974 a 1975 la Asistente de Consultorio tuvo como jefe inmediato superior, dependiendo de la Unidad Médica, al Jefe de Departamento Clínico o al Jefe de Enfermería.

En Mayo de 1976, en la Unidad de Medicina Familiar no. 28, precursora del Plan de Reestructuración del Sistema Médico Familiar, se abre la plaza para la categoría de Coordinadora de Asistente de Consultorio asignándosele la supervisión y coordinación de las funciones de las Asistentes de Consultorio, y cuya relación de mando superior quedaba encabezada por el Director de la Unidad Médica.

En 1982, se firmó un convenio entre el instituto y el sindicato mediante el cual se crea la categoría de Asistente Médica al fusionarse las categorías Asistente de Consultorio y Asistente Social. En ese mismo año la Coordinadora de Asistente de Consultorio es sustituida por la categoría Coordinadora de Asistentes Médicas. A partir de entonces ésta última es supervisada por el Jefe de Departamento Clínico o en su defecto por el Subdirector Médico de la Unidad Médica y se ubica a nivel normativo, al igual que la Asistente Médica, dentro de la Jefatura de Prestaciones Médicas.

Actualmente tanto la Asistente Médica como su Coordinadora siguen siendo el canal de comunicación entre el derechohabiente y el instituto, ó bien entre el usuario y el servicio médico, de ahí que este por demás subrayar el importante papel que desempeñan.

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

Hoy en día, cuando los países se compenetran cada vez más en la dinámica de la globalización de la economía, se impone la necesidad de elevar la calidad de los productos o servicios en las empresas e instituciones públicas y privadas; sin embargo, esta necesidad no puede verse cubierta, sino hasta que la organización deja las estrategias de antaño por otras que le impulsan a ser más competitivo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social no es la excepción, más aún, siendo la institución más importante dentro de la seguridad social a nivel nacional, requiere hoy más que nunca, entre otras cosas, de un cambio de actitudes y de un espíritu de cooperación de su personal, que le permitan incrementar la calidad del servicio en beneficio de los derechohabientes.

En el caso concreto de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras, se evidencia la necesidad de mejorar la calidad de su servicio, pues al ser ellas personal de primer contacto con el derechohabiente contribuyen en alguna medida a la imagen que éste último se forma del instituto. Adicionalmente, el aumento en la calidad del servicio que ofrecen dichas categorías, aminora una serie de problemas que obstaculizan el servicio.

Para tal efecto, la capacitación juega un importante papel y es por ello que se crea en la Delegación 2, el programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas" dentro del cual, queda contemplada su evaluación.

En la medida en que se obtengan los resultados del programa en función de los cambios logrados en la calidad del servicio del personal capacitado, se podrá determinar: si la capacitación es o no una alternativa para conseguir dichos cambios, si es conveniente o no su impartición en otras Delegaciones del I.M.S.S., si habrá de

realizársele modificaciones que permitan dar cumplimiento a su objetivo. Así también los resultados de la evaluación aportarán la experiencia para la planeación de posteriores programas y finalmente darán cumplimiento al último subsistema que forma parte de la capacitación.

En resumen, la capacitación puede ser en la actualidad una herramienta indispensable para la generación del cambio de los trabajadores, de las instituciones, de las empresas y en general para el cumplimiento de metas y programas de los países, razón por la cual es necesario medir sus efectos no únicamente sobre el aprendizaje alcanzado por el trabajador, sino directamente sobre el desempeño dentro de su área laboral. Así el objetivo de la presente investigación es:

Evaluar los resultados del programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas" en la calidad del servicio que proporciona este personal a los derechohabientes en Unidades Médicas de primero, segundo y tercer nivel de la Delegación 2 del I.M.S.S. después de 1 día a 10 meses de haberseles capacitado.

En dicho objetivo debe contemplarse que:

- a) El programa de capacitación había dado inicio 10 meses antes (17 de Julio de 1997); el inicio de esta investigación fue en Mayo de 1998.
- b) La información recabada de los derechohabientes fue tomada en una única entrevista ya que no se tuvo acceso a más datos de los mismos para contar con dos evaluaciones (antes y después del programa de capacitación).

4.2 HIPOTESIS.

4.2.1 Hipótesis de Trabajo

Hi: El programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas" (ver anexo no. 1. Carta descriptiva del programa de capacitación) impartido al personal de la Delegación 2 del I.M.S.S., está relacionado con la calidad del servicio proporcionado a los derechohabientes, es decir,

con la calidez del trato y con los conocimientos técnicos suficientes de dicho personal capacitado; por lo anterior, el programa de capacitación en cuestión, influye sobre la eficiencia de la operación y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.2.2 *Hipótesis Estadística*

Ho: La calidad del servicio proporcionado por las Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas de primero, segundo y tercer nivel a los derechohabientes, no mejoró después de 1 día a 10 meses de haber cursado el programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas”.

Hi: La calidad del servicio proporcionado por las Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas de primero, segundo y tercer nivel a los derechohabientes, mejoró después de 1 día a 10 meses de haber cursado el programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas”.

4.3 VARIABLES.

V.I. El programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas” (ver anexo no. 1. Carta descriptiva del programa de capacitación).

V.D. La calidad del servicio proporcionado por las Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas de primero, segundo y tercer nivel a los derechohabientes, después de 1 y 10 meses de haberse capacitado.

4.3.1 *Definición conceptual de variables.*

Variable Independiente:

Programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas”

Este programa tiene por objetivo incrementar la calidad del servicio otorgado por estas categorías a los derechohabientes, a través de la revisión y análisis de los procesos que intervienen en sus funciones. Está compuesto por 11 cursos impartidos todos a lo largo de 10 días, durante los cuales se cubre un total de 60 horas por trabajador. Cada curso se dedica a cada uno de los siguientes temas: Integración de Equipos de Trabajo, Comunicación, Autoestima, Imagen y Personalidad, Manejo de Estrés, Ortografía y Redacción, Manejo de Conflicto, Afiliación y Vigencia, Nueva Ley del Seguro Social,

Actividades Técnico - Administrativas de la Asistente Médica y Coordinadora de Asistentes Médicas de primero, segundo y tercer nivel y Taller de Mejora de Procesos (ver anexo no. 1. Carta descriptiva del programa de capacitación).

Variable Dependiente:

1. Servicio

Se refiere al desempeño de un cargo, función o empleo dentro de una organización destinada a cuidar intereses y satisfacer necesidades del público (ver anexo no. 2. Actividades y funciones de la Asistente Médica y de la Coordinadora de Asistentes Médicas según el Profesiograma del Contrato Colectivo del I.M.S.S.).

2. Calidad

De acuerdo a Donabedian (1992), la calidad se define como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. En donde los mayores beneficios se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores imperantes. La calidad según este mismo autor abarca dos dimensiones:

- La *Calidad Técnica* que se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente.

- La *Calidad Interpersonal*, es decir la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente.

Es importante destacar que a esta definición, se agregó una tercera dimensión: los *Obstáculos de la Calidad*, que se refieren a todos aquellos aspectos normativos, económicos y organizacionales que forman parte del funcionamiento del instituto, y que inciden sobre la calidad del servicio. Para efectos de la evaluación del programa de capacitación, se les consideró como obstáculos para alcanzar la calidad del servicio, ya que el programa por sí solo, no logra abarcarlos.

Así, según la propuesta de una servidora, la calidad del servicio otorgado a los derechohabientes no sólo depende de los conocimientos técnicos y de la relación personal que establezca el prestador del servicio, sino además, depende de las condiciones generales de tipo organizacional que favorecen o no el buen funcionamiento del instituto en su conjunto.

Así mismo el término calidad interpersonal se cambió por el de calidad de las relaciones interpersonales.

3. Asistente Médica

Trabajadora del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en las Unidades Médicas de 1º, 2º y 3er nivel, cuya función principal consiste en apoyar al médico en actividades administrativas con el objetivo de vincular al derechohabiente con el servicio médico, razón por la cual es considerada como personal de primer contacto.

En términos generales, la Asistente Médica recibe, atiende y orienta a los derechohabientes que solicitan la atención médica, les informa los trámites, horarios, ubicación de laboratorios, archivo etc., verifica sus vigencias y documentos, mantiene un control de sus expedientes y llena los formatos correspondientes al área en la que esté asignada dentro de la Unidad Médica. Sin embargo, algunas de sus actividades cambian según el nivel y el área en la que se encuentre, así, en Unidades Médicas de 1er. nivel provee al médico del equipo necesario para el consultorio: sábanas, papelería, material para curación etc., y lo asiste en maniobras de exploración sencillas tales como el registro del peso, talla y temperatura. En Unidades Médicas de 2º y 3er. nivel participa durante el proceso de recepción, información, hospitalización y egreso de derechohabientes, expide los pases de visita a los familiares de éstos, mantiene contacto con el médico y con la enfermera para realizar los trámites de egreso, canalización a Unidades Médicas de 1er. nivel, etc. (ver anexo no. 2. Actividades y funciones de la Asistente Médica y de la Coordinadora de Asistentes Médicas según el Profesiograma del Contrato Colectivo del I.M.S.S).

Las áreas del primer nivel en las que se pueden ubicar las Asistentes Médicas son: materno infantil, consulta externa, salud reproductiva, estomatología y admisión continua; y en los casos del segundo y tercer nivel: consulta externa de especialidad, urgencias, observación adultos y/o pediatría (admisión continua), admisión hospitalaria, hospitalización, informes etc. (ver anexo no. 2. Actividades y funciones de la Asistente Médica y de la Coordinadora de Asistentes Médicas según el Profesiograma del Contrato Colectivo del I.M.S.S).

La Asistente Médica puede ingresar de categorías escalafonarias inferiores tales como intendencia u oficial de puericultura, ó directamente al puesto siempre y cuando

cumpla con los requisitos establecidos en el Contrato Colectivo de Trabajo, entre los que destacan el nivel secundaria como mínimo, la acreditación de un examen de capacidad y ejecución, así como un curso de inducción, sexo femenino, y edad de 20 a 35 años. Finalmente, la única posibilidad escalafonaria que tiene es al puesto o categoría de Coordinadora de Asistentes Médicas.

4. Coordinadora de Asistentes Médicas

Trabajadora del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en las Unidades Médicas de 1º, 2º y 3er nivel, cuya función principal consiste en organizar y supervisar el trabajo de la Asistente Médica; así mismo realiza actividades técnico administrativas, asistenciales y de enseñanza por lo que debe llenar una serie de formatos para el control de su área, orientar al derechohabiente y resolverle su problemática cuando ésta sea de su competencia, participar en la inducción al puesto de la Asistente Médica, en los programas de la Unidad Médica, etc. (ver anexo no. 2. Actividades y funciones de la Asistente Médica y de la Coordinadora de Asistentes Médicas según el Profesiograma del Contrato Colectivo del I.M.S.S). Los requisitos que debe cubrir la Asistente Médica para obtener la promoción a Coordinadora son: la mayor antigüedad y la acreditación de un examen de oposición.

5. Niveles de Atención

La institución tiene Unidades Médicas distribuidas en todo el territorio nacional, identificadas como Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona y Hospitales de alta especialidad correspondientes al 1º, 2º y 3er nivel de atención respectivamente.

Primer nivel.- Se integra con Unidades de Medicina Familiar que tienen como propósito básico la atención médica de primer contacto a la población, siendo sus funciones: proporcionar consulta externa y atención domiciliaria al núcleo familiar, tomar productos de laboratorio, proporcionar servicios de radio-diagnósticos, pago de subsidios por incapacidad en el ramo de enfermedades y maternidad, medicina preventiva, planificación familiar y odontología.

Segundo nivel.- Comprende a los Hospitales Generales de Zona, hacia donde se derivan los pacientes del primer nivel y se proporcionan servicios de consulta

externa y hospitalización en ginecobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía; salud ocupacional y desarrollo de programas de enseñanza e investigación médica.

Tercer nivel.- Corresponde a los Hospitales de alta especialidad donde se resuelven los problemas que requieren de alta tecnología y de costo elevado, en ellos se llevan a cabo el estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves de la población derechohabiente.

6. Derechohabiente

Según la nueva ley del I.M.S.S. es toda aquella persona asegurada y pensionada, así como aquella beneficiada de ambas, con derecho a las prestaciones en especie y en dinero. Para efectos de esta investigación se considera derechohabiente, tanto al paciente (asegurado, pensionado o beneficiario) como a su familiar ya que en muchas ocasiones es éste el que recibe el servicio de la Asistente Médica y de la Coordinadora de Asistentes Médicas.

4.3.2 *Definición operacional de variables.*

Variable Independiente.

El programa de capacitación “Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas” se impartió en la Coordinación de Organización y Calidad (antes Oficina Delegacional de Capacitación y Desarrollo) de la Delegación 2 del I.M.S.S. ubicada en Calle Escuela Médico Militar No.14, 5o. piso Col. Centro, dentro de un aula con capacidad para 35 personas.

El número de participantes que asistían a cada serie de 11 cursos era de 25 a 35. Los instructores que intervenían en cada una de estas series eran 16, sin embargo, tomando en cuenta que aquellos que participaban en cada serie eran diferentes en algunas ocasiones, se estima que durante el tiempo en que se capacitó al 100% del personal, intervinieron 40 aproximadamente. Entre los instructores se encontraban Coordinadores de capacitación, algunos Jefes de oficinas de Afiliación y Vigencia, y cinco Coordinadoras de Asistentes Médicas quienes impartían únicamente el tema de imagen y personalidad.

Las técnicas didácticas utilizadas con mayor frecuencia fueron: juego de roles, lluvia de ideas, conferencia informal, corrillos, panel, mesa redonda, plenaria, exposición de

los propios participantes frente al grupo, modelamiento de conductas asertivas y práctica grupal de ejercicios de relajación.

Así mismo se utilizaron los siguientes apoyos didácticos: material impreso, rotafolio, pizarrón, proyector para diapositivas, proyector para acetatos, videocasetera, televisión, grabadora, colchonetas, tapetes, pañoletas, tarjetas, marcadores y papelería en general. Tanto el espacio de las instalaciones como la cantidad de apoyos didácticos permitieron llevar a cabo no solo la instrucción formal, sino una cantidad considerable de dinámicas vivenciales.

Variable Dependiente.

La variable Calidad en el Servicio proporcionado por las Asistentes Médicas y las Coordinadores de las Asistentes Médicas se integró con los componentes de cada una de sus subvariables calidad técnica, calidad de las relaciones interpersonales y obstáculos de la calidad que se muestran en los cuadros 1 y 2.

Funciones Técnico Administrativas: Conjunto de actividades que llevan a cabo las Asistentes Médicas y sus Coordinadoras, en las que aplican conocimientos relacionados con la organización de los trámites necesarios para proporcionar el servicio médico al derechohabiente.

Actividades obligatorias que no forman parte de las funciones técnico administrativas: Son aquellas que obedecen a las reglas implícitas del comportamiento laboral y que contribuyen a mejorar el servicio que proporciona la Asistente Médica y su Coordinadora al derechohabiente.

Calidez en el trato al derechohabiente: Son todas aquellas muestras de atención y cortesía proporcionadas por la Asistente Médica y su Coordinadora al derechohabiente.

Problemas de tipo organizacional: Son el resultado de las condiciones institucionales a nivel normativo y operativo que obstaculizan la calidad del servicio y sobre los cuales, la Asistente Médica y su Coordinadora no tienen ingerencia, tales como la sobrecarga de trabajo, la falta de insumos, etc.

Cuadro 1.

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad del Servicio de la Asistente Médica	Calidad Técnica
	<ul style="list-style-type: none">▶ Funciones Técnico Administrativas▶ Actividades obligatorias que no forman parte de las Funciones Administrativas
	Calidad de las relaciones interpersonales
	<ul style="list-style-type: none">▶ Calidez en el trato al Derechohabiente
	Obstáculos de la Calidad
	<ul style="list-style-type: none">▶ Problemas de tipo organizacional▶ Insatisfacción en el trabajo▶ Falta de sentido de pertenencia▶ Ambiente laboral desfavorable▶ Actitud negativa hacia el trabajo

Cuadro 2.

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad del Servicio de la Coordinadora de Asistentes Médicas	Calidad Técnica
	<ul style="list-style-type: none">▶ Liderazgo▶ Supervisión▶ Funciones Técnico Administrativas▶ Actividades obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas
	Calidad de las relaciones interpersonales
	<ul style="list-style-type: none">▶ Conocimiento del Derechohabiente de la existencia de este personal▶ Grado en que se relaciona con el Derechohabiente▶ Calidez en el trato al Derechohabiente
	Obstáculos de la Calidad
	<ul style="list-style-type: none">▶ Problemas de tipo Organizacional▶ Desmotivación en el trabajo

Insatisfacción en el trabajo: Disgusto que tiene la Asistente Médica por su trabajo, debido a factores relacionados con el mismo.

Falta de sentido de pertenencia: Falta de identificación de la Asistente Médica con el instituto.

Ambiente laboral desfavorable: Consiste en un entorno laboral adverso, en el que no existe la comunicación, el apoyo y la buena convivencia entre Asistentes Médicas o entre éstas y sus demás compañeros de la Unidad Médica, incluida la Coordinadora.

Actitud negativa hacia el trabajo: Falta de disponibilidad de las Asistentes Médicas para realizar las actividades que forman parte de su trabajo, así como aquellas adicionales al mismo.

Liderazgo: Es la capacidad de la Coordinadora para influir en sus subordinadas, mediante la comunicación, negociación, motivación, etc, con el fin de alcanzar los objetivos de la institución.

Supervisión: Inspección que realiza la Coordinadora al trabajo del personal a su cargo a través de juntas, participación sobre el área operativa, la enseñanza de las actividades necesarias para la ejecución de los procedimientos correctos, etc.

Conocimiento del derechohabiente de la existencia de las Coordinadoras: Identificación que hace el derechohabiente de la Coordinadora por medio de su uniforme o de las actividades que desempeña.

Grado en que se relaciona la Coordinadora con el derechohabiente: Expresa los diferentes momentos en los cuales la Coordinadora atiende al derechohabiente, en virtud de lo cual se puede tener una idea de la frecuencia con la que los atiende.

Desmotivación en el trabajo: Falta de interés de las Coordinadoras por el trabajo que realizan debido a la falta de reconocimiento por parte del instituto, de posibilidades de desarrollo, de apoyo a nivel normativo, entre otras.

Dichos componentes tratan de englobar en su definición las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a las Asistentes Médicas, a sus Coordinadoras y a los derechohabientes (ver capítulo 5. Análisis de contenido de las entrevistas por grupo).

4.4 TIPO DE ESTUDIO.

Dado que su propósito fue recabar información para reconocer, ubicar y definir problemas; fundamentar hipótesis, recoger ideas, conocer la frecuencia de conductas consideradas como características de la calidad del servicio, se trata de un estudio de tipo descriptivo. Por otro lado, debido a que éste se realizó en los escenarios naturales en donde ocurre la variable dependiente se clasifica como un estudio de campo.

4.5 DISEÑO

Se puede catalogar como ex-post-facto, ya que no se tuvo un control directo sobre la variable independiente, puesto que cuando se inició la presente investigación el programa de capacitación ya había comenzado a impartirse desde 10 meses atrás. Precisamente por esto, entre los sujetos seleccionados para la muestra, se encontraba personal que tenía desde 1 día hasta 10 meses después de haber terminado su capacitación.

4.6 SUJETOS

Los sujetos evaluados corresponden a cuatro grupos:

- 1) Asistentes Médicas capacitadas.
- 2) Asistentes Médicas no capacitadas.
- 3) Coordinadoras de Asistentes Médicas capacitadas.
- 4) Coordinadoras de Asistentes Médicas no capacitadas.

El total de los sujetos evaluados, sumados los cuatro grupos anteriores es de 264. En todos ellos se evaluaron a mujeres de entre 25 y 60 años, con escolaridad que iba desde nivel secundaria a licenciatura, adscritas a las Unidades Médicas de la Delegación No. 2 del instituto, correspondientes a los tres niveles de atención, de los turnos matutino y vespertino, con antigüedad de 1 a 27 años de servicio, consideradas como personal de base según el Contrato Colectivo de Trabajo.

Así mismo para evaluar la calidad del servicio de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras intervinieron 2176 derechohabientes, 659 hombres y 1481 mujeres de entre 13 y 88 años de edad, usuarios de las Unidades Médicas de la Delegación No. 2

del instituto, correspondientes a los tres niveles de atención, del turno matutino y vespertino.

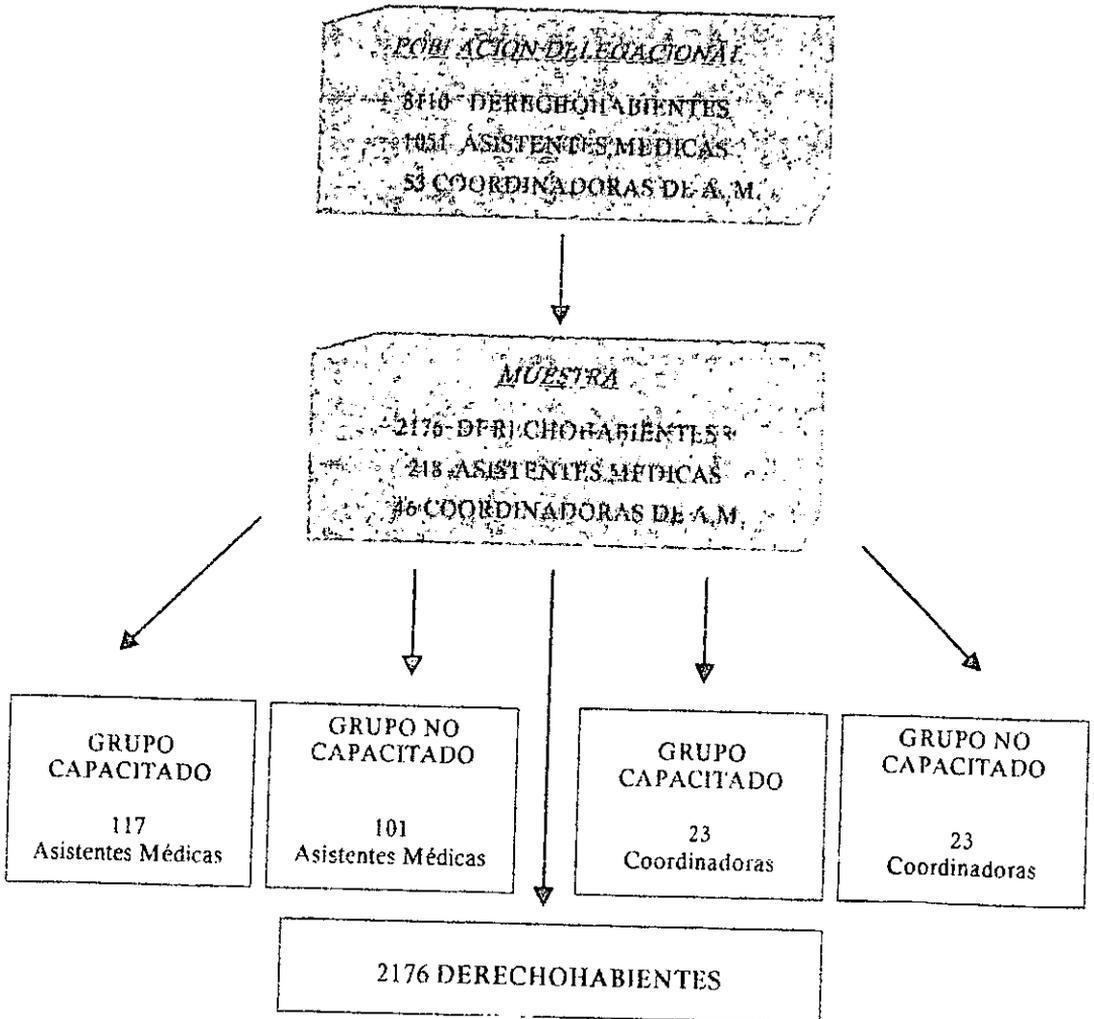
Sumados los cuatro grupos correspondientes al personal evaluado con los derechohabientes, nos dan un total de 2440 sujetos.

4.7 MUESTREO

Se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas, quedando conformada la muestra de la siguiente manera: 218 Asistentes Médicas, 46 Coordinadoras de Asistentes Médicas y 2176 derechohabientes; todos ellos trabajadoras y usuarios de las 23 Unidades Médicas correspondientes al 1º, 2º y 3er. nivel de atención médica de la Delegación 2 del I.M.S.S. (ver el esquema 1).

Esquema 1.

POBLACION Y MUESTRA



Tanto las Asistentes Médicas como sus Coordinadoras fueron divididas en dos grupos: uno capacitado y otro no capacitado, sumando así cinco grupos contando el de derechohabientes.

De haber seleccionado la muestra mediante el azar, es decir probabilísticamente, se hubiese requerido de un número exacto de sujetos con respecto a la Unidad Médica, al nivel de atención médica y al turno tanto para el grupo capacitado como para el no capacitado. Esto no fue posible debido a que, en primera instancia no existe el mismo número de Asistentes Médicas, ni de Coordinadoras de Asistentes Médicas, ni de derechohabientes en ninguno de los casos anteriores; en segunda instancia, en el momento de realizar la presente investigación, se encontraba capacitado el personal en diferentes proporciones entre una y otra Unidad Médica, lo cual impedía en muchas ocasiones tomar un número igual de sujetos capacitados y no capacitados en cada Unidad Médica. Incluso la cantidad de personal capacitado de un turno y de otro era diferente dentro de una misma Unidad Médica. Luego entonces se buscó emparejar lo más posible el número de sujetos correspondientes al grupo capacitado con el no capacitado en cuanto al total por unidad, total por nivel de atención médica, y por turno para determinar la muestra como se observa en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

A S I S T E N T E S M E D I C A S

P O B L A C I O N

M U E S T R A

UNIDAD MEDICA

CAPACITADA				NO CAPACITADA				CAP + NO CAP
Mat	Vesp	Noc	Total	Mat	Vesp	Noc	Total	SUBTOTAL

Gpo. CAPACITADO				Gpo. NO CAPACITADO				CAP + NO CAP
Mat	Vesp	Noc	Total	Mat	Vesp	Noc	Total	SUBTOTAL

1er Nivel

U.M.F. 3	4		4	20	19		39	43
U.M.F. 6	11	2	13	12	13		25	38
U.M.F. 11	17	9	26	23	20		43	69
U.M.F. 14	23	28	51	5			5	56
U.M.F. 16	13	13	26	2	2		4	30
U.M.F. 23	11	9	20	34	19		53	73
U.M.F. 34	17	4	21	3	4		7	28
U.M.F. 35	15	22	37	10	7		17	54
U.M.F. 36	15	12	27				0	27
U.M.F. 37	1		1		1		1	2
U.M.F. 94	21	24	45	14	9		23	68
U.M.F. 120	17	3	22		4		4	26
SUBTOTAL	165	126	293	123	98	0	221	514

	2		2	1	2		3	5
	3	1	4	4	7		11	15
	4	5	9	4	4		8	17
	7	4	11	5			5	16
	3	3	6	2	2		4	10
	2	3	5	2	3		5	10
	2	4	6	3	1		4	10
	5	1	6	1	4		5	11
	3	3	6				0	6
							0	0
	2	4	6	3	1		4	10
	3	3	6		2		2	8
	36	31	0	67	25	26	51	118

2o. Nivel

H.R.P.M.	2		2	3	4		7	9
H.GO.TL.	8	4	13	10	9		19	32
H.G.R. 25	28	15	43	6	13		19	62
H.G.Z. 27	17	1	18	18	14		32	50
H..G.Z. 29	28	6	35	16	23		39	74
SUBTOTAL	83	26	211	53	63	0	116	227

	1		1	1			1	2
	2	3	5	4	1		5	10
	4	4	9	11			11	20
	2	3	5	1	3		4	9
	3	2	5		5		5	10
	12	12	1	25	17	9	26	51

3er Nivel

H. ESP.	23	28	51	11	13		24	75
H. GRAL	30	12	42	21	37		58	100
H. GO 3	25	12	37	13	21		34	71
H. INF.	7	3	10		4		4	14
BCO. CS	2	2	4				0	4
U.C.E.	11	3	14	20	12		32	46
SUBTOTAL	98	60	158	65	87		152	310

		6	1	7	6	2		8	15
	3	2		5	4	1		5	10
		4	1	5	4			4	9
	1	2		3	1	1		2	5
								0	0
	4	1		5	3	2		5	10
	8	15	2	25	18	6		24	49

T O T A L

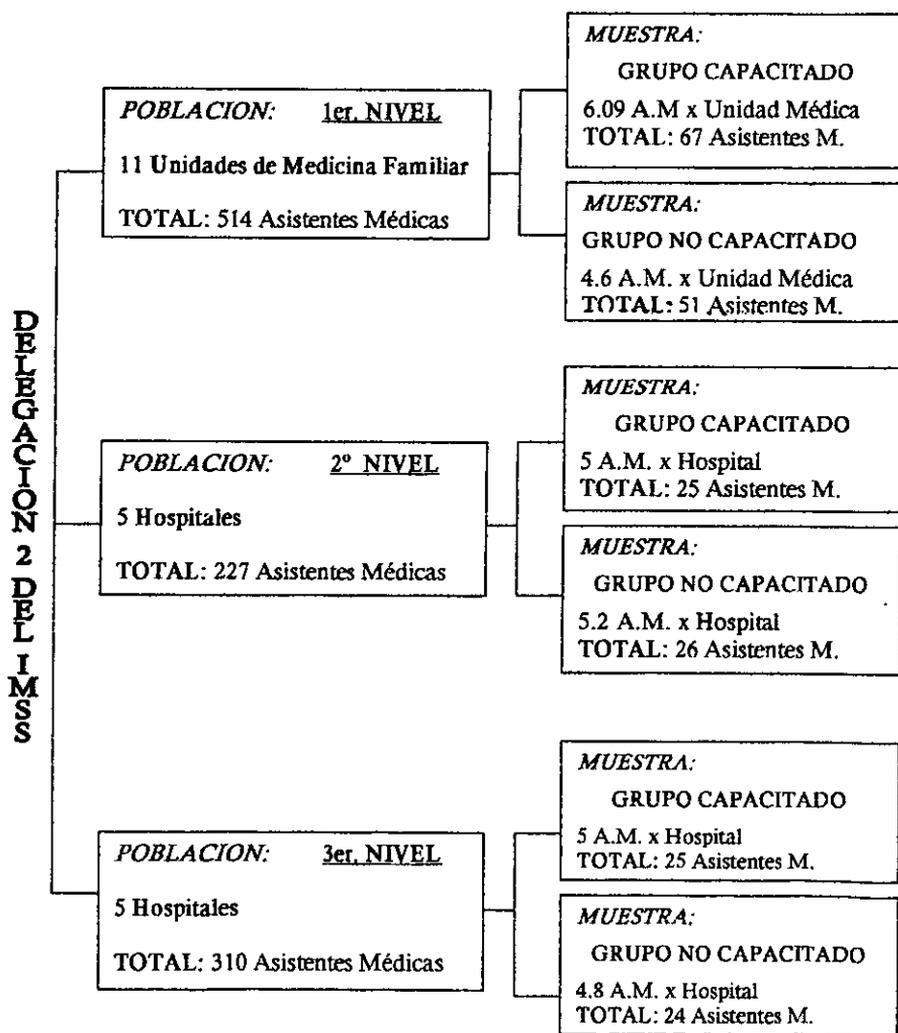
346	212	4	562	241	248	0	489	1051
------------	------------	----------	------------	------------	------------	----------	------------	-------------

56	58	3	117	60	41	0	101	218
-----------	-----------	----------	------------	-----------	-----------	----------	------------	------------

Como se puede apreciar, de las 1051 Asistentes Médicas que constituyen a la población, se eligieron a 117 de ellas ya capacitadas y a 101 no capacitadas, es decir a 218 en total, lo cual representa el 20.7% de la población.

Por cada Unidad Médica se seleccionaron en promedio a 10 Asistentes Médicas 5 para el grupo capacitado y 5 para el no capacitado como se muestra en el esquema 2:

Esquema 2. Muestreo de las Asistentes Médicas.



Por lo que se refiere a las Coordinadoras de Asistentes Médicas, de las 53 que conforman la población de la Delegación 2, fueron elegidas 23 de ellas para el grupo capacitado, y 23 de la Delegación 4 para el grupo no capacitado. La razón por la cual fue necesario tomar personal de esta última obedece a que las Coordinadoras de la Delegación 2 estaban capacitadas en su totalidad en el momento de realizar esta investigación. Como se señaló anteriormente, de los resultados que obtenga la Delegación 2 de este programa, depende su futura impartición en el resto de las 35 Delegaciones del I.M.S.S., de ahí que el personal de la Delegación 4 desconocía dicho programa en el momento de la evaluación y fué útil para la muestra del grupo no capacitado.

Igual que en el caso de las Asistentes Médicas, las Coordinadoras de Asistentes Médicas se determinaron deliberadamente para el grupo capacitado y no capacitado como se señala en la tabla 2:

Tabla 2.

POBLACION Y MUESTRA DE COORDINADORAS DE ASISTENTES
MEDICAS

POBLACION			MUESTRA GRUPO CAPACITADO		MUESTRA GRUPO NO CAPACITADO		
Delegación 2	TURNO		TURNO		Delegación 1	TURNO	
Unidad M.	Matutino	Vesp.	Matutino	Vesp.	Unidad M.	Matutino	Vesp.
1er. NIVEL					1er. NIVEL		
U.M.F. 3	1				U.M.F. 3	1	
U.M.F. 6	1				U.M.F. 6		1
U.M.F. 11	1	1		1	U.M.F. 7	2	1
U.M.F. 14	1	1	1	1	U.M.F. 10	1	1
U.M.F. 16	2	1	1	1	U.M.F. 21	1	1
U.M.F. 23	1	1			U.M.F. 31	1	1
U.M.F. 34	1		1	1	U.M.F. 43		1
U.M.F. 35	1	1	1	2	U.M.F. 45	1	
U.M.F. 36	1	1		1	U.M.F. 160	1	
U.M.F. 37					U.M.F.RR	1	
U.M.F. 94	2	1					
U.M.F. 120	1	1	1	1			
SUBTOTAL	13	8	5	8		9	6
2° NIVEL					2° NIVEL		
H.R.P.M.	2	2	1		H.G.Z. 14	1	
H.GO.TL.	2	2			H.G.Z. 30	1	
H.G.R. 25	2	2		2	H.G.Z. 32	2	1
H.G.Z. 27	1	1	1		H.G.Z. Tron.	1	1
H.G.Z. 29	3	1	2	1	H.G.Z. 27		1
SUBTOTAL	10	8	4	3		5	3
3er. NIVEL							
H. ESP.	2	2	1				
H.GRAL.	1	2	1				
H.GO. 3	1	1					
H. INF.	1	1		1			
BCO. C. S.							
U.C.E.	1	2					
SUBTOTAL	6	8	2	1		0	0
TOTAL	29	24	11	12		14	9

Se utilizaron todas las Unidades Médicas de la Delegación excepto el Banco Central de Sangre y la Unidad de Medicina Familiar No. 37, éstas fueron desechadas para la muestra de Asistentes Médicas y de Coordinadoras de Asistentes Médicas, ya que no era posible que las Asistentes Médicas contestaran las dos partes del cuestionario versión 1 pues no tenían Coordinadora.

Cabe destacar que ninguna de las Asistentes Médicas ni de sus Coordinadoras utilizadas en la muestra, participaron en la fase de piloteo del cuestionario.

Finalmente, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional para seleccionar a los derechohabientes, ya que las aplicaciones del cuestionario fueron llevadas a cabo en función de la disposición de éstos en ese momento.

El número de derechohabientes se determinó de la siguiente manera:

1. En las Unidades Médicas de 1er. nivel se seleccionó un 27% de los derechohabientes sobre el número de consultas otorgadas en un mes por cada 1000 derechohabientes adscritos a cada una de ellas.
2. En las Unidades Médicas de 2° y 3er. nivel se tomó el 27% de los derechohabientes a partir del promedio diario de consultas otorgadas en cada una de ellas.

En los dos casos se tomó el número de consultas como referencia y no el número de derechohabientes, ya que muchos de ellos aunque están dados de alta en el I.M.S.S. no utilizan sus servicios, y por otro lado, las estadísticas únicamente reportan la población atendida en el 2° y 3er. nivel en términos de consultas otorgadas al mes. De esta manera la distribución de los derechohabientes se fijó con base a las estadísticas del mes de Julio de 1998 proporcionados por el Sistema de Información Médica Operativa (SIMO) que maneja el Depto. de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera de la misma Delegación 2. (ver la tabla 3).

Tabla 3. POBLACION Y MUESTRA DE DERECHOHABIENTES

UNIDAD 1er NIVEL	POBLACION DERECHOHAB	CONS. X MES DE U.M.F. X 1000 DERECHOHAB	MUESTRA
U.M.F. 3	55658	216.95 X .27 = 59	59
U.M.F. 6	26734	266.10 X .27 = 72	72
U.M.F. 11	64811	212.08 X .27 = 57	57
U.M.F. 14	69785	232.67 X .27 = 63	61
U.M.F. 16	37650	254.14 X .27 = 69	69
U.M.F. 23	70034	224.21 X .27 = 60	60
U.M.F. 34	26823	231.41 X .27 = 62	62
U.M.F. 35	71820	260.66 X .27 = 70	66
U.M.F. 36	26649	277.96 X .27 = 75	75
U.M.F. 37	6228	187.34 X .27 = 51	49
U.M.F. 94	85373	231.43 X .27 = 62	62
U.M.F. 120	27252	295.61 X .27 = 80	79
SUBTOTAL			771
2º NIVEL	PROM. MENSUAL DE CONSULTAS / 30 = PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS		MUESTRA
GO.TL	7188 / 30 = 239.6 X .27 = 65		65
H.G.R. 25	22187 / 30 = 739.5 X .27 = 200		200
H.G.Z. 27	17076 / 30 = 569.2 X .27 = 154		153
H.G.Z. 29	24908 / 30 = 830.26 X .27 = 224		223
PSIQ.	455 / 30 = 15.16 X .27 = 4		4
SUBTOTAL			645
3er. NIVEL	PROM. MENSUAL DE CONSULTAS / 30 = PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS		MUESTRA
H.GRAL.	26442 / 30 = 881.4 X .27 = 238		237
H.GO. 3	7404 / 30 = 246.8 X .27 = 67		66
INFECTO	969 / 30 = 32.3 X .27 = 9		9
BCO. C.S.	6805		
H.ESP.	11770 / 30 = 392.3 X .27 = 106		104
U.C.E.	38212 / 30 = 1273 X .27 = 344		344
SUBTOTAL			760
TOTAL			2176

Nota: El Banco Central de Sangre no se utilizó ya que el día de la aplicación de los cuestionarios no había derechohabientes por falta de reactivos de análisis.

4.8 INSTRUMENTOS DE EVALUACION

4.8.1 *Entrevista*

Con el fin de recabar la información necesaria para la construcción del cuestionario, se utilizó en primera instancia, como instrumento de evaluación a la entrevista semiestructurada.

A partir de 30 entrevistas realizadas a personal y derechohabientes del Instituto, se obtuvieron los componentes de cada una de las subvariables calidad técnica, calidad de las relaciones interpersonales y obstáculos de la calidad de la variable dependiente calidad en el servicio como se muestra en los resultados del desarrollo del cuestionario (ver pag. 170-172). De esta manera se intentó evaluar lo más objetivamente posible a la Calidad del Servicio.

De las 30 personas entrevistadas, 9 eran Asistentes Médicas, 3 Coordinadoras de Asistentes Médicas y 18 derechohabientes, todos ellos involucrados con la calidad del servicio de la Asistente Médica y de su Coordinadora. Una tercera parte de cada grupo entrevistado pertenecía a un nivel diferente de atención médica, por ejemplo, dentro de las 9 Asistentes Médicas señaladas, se encontraban 3 de Unidades Médicas de 1er. nivel, 3 de Hospitales del 2º y 3 del 3º como se observa en la tabla 4:

Tabla 4.

**PERSONAL Y DERECHOHABIENTES ENTREVISTADOS EN CADA UNIDAD
MEDICA DE CADA NIVEL DE ATENCION DE LA DELEGACION NO. 2 DEL
I.M.S.S.**

CATEGORIA	UNIDAD
1. Asistente Médica *	U.M.F. 120 1er. Nivel
2. Asistente Médica	U.M.F. 120 1er. Nivel
3. Asistente Médica	U.M.F. 120 1er. Nivel
4. Asistente Médica *	H.G.Z. 25 2º Nivel
5. Asistente Médica	H.G.Z. 25 2º Nivel
6. Asistente Médica	H.G.Z. 27 2º Nivel
7. Asistente Médica *	H.G.O. 3 3er. Nivel
8. Asistente Médica	H.G.O. 3 3er. Nivel
9. Asistente Médica	U.C.E. 3er. Nivel
10. Coord. Asistentes M.	U.M.F. 120 1er. Nivel
11. Coord. Asistentes M. *	H.G.Z. 25 2º Nivel
12. Coord. Asistentes M.	H.G.O. 3 3er. Nivel
13. Derechohabiente	U.M.F. 120 1er. Nivel
14. Derechohabiente	U.M.F. 120 1er. Nivel
15. Derechohabiente	U.M.F. 120 1er. Nivel
16. Derechohabiente	U.M.F. 120 1er. Nivel
17. Derechohabiente	U.M.F. 120 1er. Nivel
18. Derechohabiente	U.M.F. 120 1er. Nivel
19. Derechohabiente	H.G.Z. 2 2º Nivel
20. Derechohabiente	H.G.Z. 25 2º Nivel
21. Derechohabiente	H.G.Z. 25 2º Nivel
22. Derechohabiente	H.G.Z. 2 2º Nivel
23. Derechohabiente	H.G.Z. 25 2º Nivel
24. Derechohabiente	H.G.Z. 25 2º Nivel
25. Derechohabiente	H.G.O. 3 3er. Nivel
26. Derechohabiente	H.G.O. 3 3er. Nivel
27. Derechohabiente	H.G. C.M.R. 3er. Nivel
28. Derechohabiente	H.G. C.M.R. 3er. Nivel
29. Derechohabiente	C.E. C.M.R. 3er. Nivel
30. Derechohabiente	C.E. C.M.R. 3er. Nivel

* Personal no capacitado

Ver anexo no. 3. Ubicación de las Unidades Médicas de la Delegación 2 del IMSS.

Las entrevistas fueron semiabiertas, aplicadas de forma individual en Unidades de Medicina Familiar y Hospitales, dentro de un contexto confidencial en todos los casos. De igual forma las entrevistas fueron grabadas en audio cassettes de entre 30 y 90 minutos y se llevaron a cabo conforme a un manual elaborado previamente para la aplicación de las mismas. En él se especifican detalladamente, las actividades y actitudes que se requerían por parte del entrevistador antes, durante y después de la entrevista. Las instrucciones ahí señaladas no sólo obedecen al marco teórico correspondiente, sino también a ciertas precauciones que era necesario tomar en el caso de las entrevistas hechas al personal del Instituto dadas las características del clima laboral que imperaban en ese momento, entre las que destacan una actitud defensiva de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras, producto del menosprecio generalizado por parte del personal del Instituto hacia ellas.

El manual para la aplicación de las entrevistas incluye tres formatos de entrevista con preguntas abiertas y cerradas, para cada uno de los tres grupos entrevistados:

Grupo 1. Asistentes Médicas.

Grupo 2. Coordinadoras de Asistentes Médicas.

Grupo 3. Derechohabientes.

En todos ellos se tocó el tema de la calidad en el servicio proporcionado por las Asistentes Médicas y sus Coordinadoras en las tres dimensiones señaladas por la definición de la variable dependiente: calidad técnica, calidad de las relaciones interpersonales y obstáculos de la calidad.

Para evitar que las propias Asistentes Médicas cayeran en estimaciones de poca objetividad al hablar de sí mismas, fue necesario incluir en el formato de preguntas dirigida al grupo 1, un apartado de autoevaluación y otro en donde la Asistente Médica hablara de la calidad del servicio de sus compañeras de la misma categoría. En otras palabras, partiendo del supuesto de que a cualquier trabajador que se le preguntara acerca de la conducta de otro de su mismo puesto o categoría, éste reportaría finalmente parte de su propio comportamiento, se les pidió a las Asistentes Médicas hablar de otras para obtener información más apegada a la realidad. Con el mismo propósito se incluyeron los apartados autoevaluación y evaluación de otras Coordinadoras de Asistentes Médicas en el formato de preguntas dirigida al grupo 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 2 NORESTE
COORDINACION DE ORGANIZACION Y CALIDAD



MANUAL PARA LA APLICACION DE ENTREVISTAS

*PROYECTO DE INVESTIGACION: EVALUACION DEL PROGRAMA
DE CAPACITACION "ACTUALIZACION DE ASISTENTES
MEDICAS Y COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS".*

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DE LAS ENTREVISTAS

Antes de la entrevista, el entrevistador debe. . .

1. Preparar de antemano el tema de la misma, ya que sólo de esa forma podrá plantear preguntas adecuadas e interpretar acertadamente la información que dé el entrevistado, de lo contrario perderá información valiosa.
2. Proveerse del material necesario, grabadora, hojas para anotaciones, plumas etc.
3. Ganar la confianza del entrevistado mediante un buen rapport que propicie un ambiente adecuado para obtener información veraz y confiable. Entre otras cosas, el rapport puede contener una explicación clara de los fines de la entrevista y evitar así cualquier sospecha infundada. Para el caso de las Asistentes Médicas y sus Coordinadoras es imprescindible comunicarles los beneficios que obtendrán al concedernos la entrevista, entre ellos, el manifestar su opinión, sus inconformidades e inquietudes.

Durante la entrevista, el entrevistador debe. . .

1. Tomar un papel neutral.
2. Ser suficientemente cortés para evitar que el entrevistado se niegue a contestar las preguntas.
3. Seguir lo más fielmente posible el formato de la entrevista, así como el orden de las preguntas, sin que por ello se deje de lado información que no esté contemplada y que sea importante.
4. Concentrarse no sólo en cubrir las preguntas establecidas, sino también en lo que el entrevistado mencione; es importante que éste entienda que no se trata de una encuesta en la que sólo tiene que responder "sí o no". De la atención que se le ponga a sus respuestas dependerá la seriedad del trabajo del entrevistador y a su vez la colaboración y formalidad que adopte el entrevistado.

5. Cuidar el vocabulario que se utilice para evitar la distorsión de la información, procurando que las preguntas sean claras y que el significado de lo que se pregunta sea el mismo tanto para el entrevistado como para el entrevistador.
6. Entender lo que significan las palabras para el entrevistado para no ser interpretadas equivocadamente.
7. Abstenerse de hacer preguntas sugerentes o tendenciosas a una respuesta. Aún cuando el entrevistado pida que se le den las palabras, debe hacer lo posible por no orillarlo a dar una respuesta determinada.
8. Evitar obtener respuestas ambiguas tales como: bien, bueno, malo etc.
9. Profundizar en las respuestas ambiguas con preguntas como ¿por qué?, ¿de qué manera?, ¿por ejemplo?, ¿qué le ha pasado?, ¿cuál es su experiencia? ¿qué le han dicho?, ¿a qué se debe? etc.
10. Mantener la sensibilidad suficiente para captar mentiras voluntarias e involuntarias del entrevistador.
11. Marcar sutilmente límites al entrevistado, ya que no es conveniente que la entrevista se desvíe de su objetivo.

Después de la entrevista, el entrevistador debe. . .

1. Agradecer al entrevistado su atención prestada.
2. Grabar las observaciones más relevantes durante la entrevista.
3. Etiquetar las cintas de grabación con nombre, tipo de personal entrevistado y Unidad Médica de adscripción.

ENTREVISTA No. 1: DIRIGIDA A LAS ASISTENTES MEDICAS

Personal a evaluar: Asistente Médica (Autoevaluación)

1. ¿Qué es lo que regularmente hace durante su jornada de trabajo?
2. ¿Cuántos derechohabientes atiende al día en promedio?
3. ¿Qué es lo que hace para dar un buen servicio al derechohabiente?
4. ¿Cómo evaluaría el servicio que brinda al derechohabiente?
5. ¿Qué aspectos del servicio que proporciona al derechohabiente podría usted mejorar?
6. De todas las actividades que realiza durante su jornada laboral, ¿cuáles podría mejorar?
7. ¿Qué obstáculos encuentra para desempeñar su trabajo?
8. ¿Cuáles son los conocimientos técnicos que usted ha adquirido en el trabajo?
9. ¿Qué actividades administrativas realiza?
10. ¿Qué es lo que hace para tratar con humanidad a los derechohabientes?
11. ¿Qué habilidades ha adquirido con respecto a su trato con el derechohabiente?
12. ¿Con quién tiene usted que relacionarse para desempeñar su trabajo?
13. ¿De qué manera se da la relación con dicho personal?
14. ¿Tiene usted conocimiento de la existencia del programa de capacitación "Actualización para Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas"? (en caso de que su respuesta sea negativa continuar con la pregunta 19)
15. ¿Qué es lo que sabe al respecto?
16. ¿Quién le informó?
17. ¿Ha asistido usted?... ¿por qué?
18. ¿Qué comentarios ha escuchado del programa de capacitación?
19. ¿Quién es la persona indicada para informarle respecto al curso?
20. ¿Qué categoría tenía usted antes de ser Asistente Médica?
21. ¿Cuánto tiempo tiene usted como Asistente Médica?
22. ¿Qué es lo que más le desgasta de su trabajo?
23. ¿Cómo se siente en su trabajo?
24. ¿Le gusta lo que hace?
25. ¿Se siente orgullosa de pertenecer al I.M.S.S.?
26. ¿Qué se siente ser Asistente Médica?
27. ¿Qué opina de los tiempos perdidos de su categoría?

Personal a evaluar: Coordinadora de Asistentes Médicas

1. ¿Cuántas Coordinadoras hay en su Unidad u Hospital?
2. ¿Cómo supervisa (n) su trabajo la (s) Coordinadora (s)?
3. ¿Cuántos derechohabientes atiende (n) al día en promedio? (en caso de que no atienda (n) a ninguno continuar con la pregunta 5)
4. ¿Cómo podría evaluar el servicio que ella (s) brinda (n) al derechohabiente?
5. ¿Qué aspectos del servicio que proporciona (n) al derechohabiente podría (n) mejorar?
6. ¿Qué es lo que regularmente hace (n) durante su jornada de trabajo?
7. De todas las actividades que realiza (n) durante su jornada laboral, ¿cuáles podría (n) mejorar?
8. ¿Qué conocimientos técnicos debe tener una Coordinadora?
9. ¿Con cuáles de ellos cuenta (n) su (s) Coordinadora (s)?
10. ¿Qué actividades administrativas realiza (n)?
11. ¿Qué opina de las habilidades de su (s) Coordinadora (s) para relacionarse con el personal?
12. ¿Cuáles debería (n) tener?
13. ¿Qué es lo que hace (n) para tratar con humanidad al derechohabiente?

Personal a evaluar: Otras Asistentes Médicas:

1. ¿Cuántos derechohabientes atienden al día en promedio sus compañeras Asistentes Médicas?
2. ¿Qué es lo que regularmente hacen durante su jornada de trabajo?
3. En general, ¿cómo evaluaría el servicio que sus compañeras brindan al derechohabiente?
4. ¿Qué aspectos del servicio que proporcionan al derechohabiente considera que podrían mejorar sus compañeras?
5. ¿Qué opina de los conocimientos técnicos de sus compañeras?
6. ¿Cuáles deberían tener?
7. ¿Qué actividades administrativas realizan?
8. ¿Qué opina de las habilidades de sus compañeras para tratar a los derechohabientes?
9. ¿Cuáles deberían tener?
10. ¿Qué hacen sus compañeras para tratar con humanidad al derechohabiente?

ENTREVISTA No. 2: DIRIGIDA A LAS COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS

Personal a evaluar: Coordinadoras de Asistentes Médicas (Autoevaluación)

1. ¿Cuántos derechohabientes atiende al día en promedio?
2. ¿Qué es lo que regularmente hace durante su jornada de trabajo?
3. ¿Qué es lo que hace para dar un buen servicio al derechohabiente?
4. ¿Cómo evaluaría el servicio que brinda al derechohabiente?
5. ¿Qué aspectos del servicio que proporciona al derechohabiente podría mejorar?
6. De todas las actividades que realiza durante su jornada laboral, ¿cuáles podría mejorar?
7. ¿Qué obstáculos encuentra para desempeñar su trabajo?
8. ¿Cuáles son los conocimientos técnicos que ha adquirido en su trabajo?
9. ¿Qué actividades administrativas realiza?
10. ¿Qué es lo que hace para tratar con humanidad a los derechohabientes?
11. ¿Con quién tiene que relacionarse para desempeñar su trabajo?
12. ¿De qué manera se da la relación con dicho personal?
13. ¿Ha tomado los cursos correspondientes al programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas"?
14. ¿Qué le pareció?
15. ¿Envía oportunamente a las Asistentes Médicas a que tomen su capacitación?
16. Cuando sus Asistentes Médicas se reincorporan a su área de trabajo, ¿usted refuerza en ellas las actitudes y conocimientos que adquirieron durante su capacitación?
17. ¿Motiva a su personal para dar lo mejor de sí en su trabajo?
18. ¿De qué manera supervisa a su personal?
19. ¿Le gusta su trabajo?

Personal a evaluar: Asistentes Médicas

1. ¿Cuántos derechohabientes atienden al día en promedio?
2. ¿Cómo evaluaría el servicio que brindan al derechohabiente?
3. ¿Qué aspectos del servicio que proporcionan al derechohabiente podrían mejorar?
4. ¿Qué es lo que regularmente hacen durante su jornada de trabajo?

5. De todas las actividades que realizan durante su jornada laboral, cuáles podrían mejorar?
6. ¿Qué opina de los conocimientos técnicos de sus Asistentes Médicas?
7. ¿Cuáles deberían de tener?
8. ¿Qué actividades administrativas realizan?
9. ¿Qué opina de sus habilidades para relacionarse con el derechohabiente?
10. ¿Cuáles deberían tener?
11. ¿Qué hacen las Asistentes Médicas para tratar con humanidad al derechohabiente?

Personal a evaluar: Otras Coordinadoras de Asistentes Médicas

1. ¿Cuántos derechohabientes atienden al día sus compañeras Coordinadoras en promedio?
2. ¿Qué es lo que regularmente hacen durante su jornada de trabajo?
3. En general, ¿cómo evaluaría el servicio de sus compañeras en relación al derechohabiente?
4. ¿Qué aspectos del servicio que proporcionan al derechohabiente considera que podrían mejorar sus compañeras Coordinadoras?
5. ¿Qué opina de los conocimientos técnicos de sus compañeras?
6. ¿Cuáles deberían ser?
7. ¿Qué actividades administrativas realizan?
8. ¿Qué opina de sus habilidades para relacionarse con el derechohabiente?
9. ¿Cuáles deberían tener?
10. ¿Qué hacen sus compañeras para tratar con humanidad al derechohabientes?
11. ¿Qué opina de la relación que hay entre sus compañeras y usted?

ENTREVISTA NO 3: DIRIGIDA AL DERECHOHABIENTE

Personal a evaluar: Asistentes Médicas

1. ¿Qué piensa del servicio que ofrece la Asistente Médica? (en caso necesario, explicar quién es la Asistente Médica y corroborar que el derechohabiente realmente conteste las preguntas con base a esta categoría).
2. ¿Usted la conoce o la ha visto? (si el derechohabiente logra identificar a este personal, continuar con las siguientes preguntas, en caso de ser negativa la respuesta, terminar la entrevista).
3. ¿Cómo evaluaría el servicio de la Asistente Médica?
4. ¿Qué aspectos del servicio que proporciona la Asistente Médica considera que son más importantes?
5. ¿Qué características debe reunir una Asistente Médica para ofrecer un buen servicio?
6. ¿Qué conocimientos considera usted que debe tener una Asistente Médica para proporcionar un buen servicio?
7. ¿De qué manera le gustaría recibir el servicio por parte de la Asistente Médica?
8. ¿En qué aspectos cree usted que debería mejorar el servicio que le brinda la Asistente Médica?

Personal a Evaluar: Coordinadora de Asistentes Médicas

1. ¿Qué opina del servicio que proporciona la Coordinadora de Asistentes Médicas? (en caso necesario explicar quién es la Coordinadora y corroborar que el derechohabiente realmente conteste las preguntas con base a esta categoría).
2. ¿Usted la conoce o la ha visto? (si el derechohabiente logra identificar a este personal, continuar con las siguientes preguntas, en caso de ser negativa la respuesta, terminar la entrevista).
3. ¿Cómo evaluaría el servicio de la Coordinadora?
4. ¿Qué aspectos del servicio que proporciona la Coordinadora, considera que son más importantes?
5. ¿Qué características debe reunir una Coordinadora para ofrecer un buen servicio?
6. ¿Qué conocimientos considera usted que debe tener una Coordinadora para proporcionar un buen servicio?
7. ¿De qué manera le gustaría recibir el servicio por parte de la Coordinadora?
8. ¿En qué aspectos cree usted que debería mejorar el servicio que le brinda la Coordinadora?

4.8.2 Cuestionario

Una vez terminadas las entrevistas se transcribieron lo más literalmente posible, omitiendo únicamente las muletillas e información que se repetía en el mismo sujeto entrevistado.

Posteriormente, mediante el método de análisis de contenido, se extrajo de la transcripción de las entrevistas, la información para clasificarla de acuerdo al tema que manejaba, en varios componentes para cada una de las subvariables calidad técnica, calidad de las relaciones interpersonales y obstáculos de la calidad de la variable calidad en el servicio, como se aprecia en el capítulo correspondiente a los resultados. Después de clasificar la información ya mencionada, se eligieron las respuestas que se presentaron con mayor frecuencia para la construcción de reactivos, a partir de los cuales, resultó el segundo instrumento de evaluación, un cuestionario con una escala tipo likert con tres versiones (ver capítulo 5):

Versión 1. Dirigido a Asistentes Médicas

Versión 2. Dirigido a Coordinadoras de Asistentes Médicas

Versión 3. Dirigido a derechohabientes

4.8.2.1 Confiabilidad

La versión 1, se piloteó con 76 Asistentes Médicas adscritas a 10 Unidades de Medicina Familiar (1er. nivel de atención médica), 4 Hospitales Generales de Zona, (2º nivel de atención médica) y 4 Hospitales de alta especialidad (3er. nivel de atención médica). La mitad de ellas era personal ya capacitado y el resto aún no lo era. Así mismo poco más del 50% pertenecía al turno matutino y el resto al vespertino. Y finalmente los años de servicio con los que contaban oscilaron entre los 2 y 27. Por lo que se refiere a la versión 2, fue necesario pilotearlo con 13 Coordinadoras de Asistentes Médicas adscritas a Unidades Médicas correspondientes a la Delegación de Tequesquihuac Edo. de México debido a que las Coordinadoras existentes en la propia Delegación No. 2, se contemplaron para la muestra. Ocho de ellas eran del turno matutino y cinco del vespertino, y su antigüedad oscilaba entre los 17 y 25 años de servicio. Por último la versión 3 se piloteó con 100 Derechohabientes de 6 Unidades

de Medicina Familiar (1er. nivel de atención médica), 3 Hospitales Generales de Zona (2º nivel de atención médica) y 4 Hospitales de alta especialidad (3er nivel de atención médica).

Una vez aplicadas las tres versiones en esta primera fase de piloteo, se codificaron las respuestas para posteriormente ser vaciadas en el software estadístico SPSS, con el fin de eliminar los reactivos que no eran confiables y obtener el instrumento de medición final para la investigación. Paralelamente se obtuvo el nivel de confiabilidad de cada versión mediante el estadístico Alpha de Cronbach, resultando para cada una de ellas el siguiente valor:

CONFIABILIDAD

Version 1	Version 2	Version 3
Alpha = .8862	Alpha = .8213	Alpha = .9434

4.8.2.2 Validez

Así mismo, para validar al instrumento de evaluación se utilizó el método de interjueces en el que participaron 10 profesores de la Facultad de Psicología especializados en el área experimental, industrial, social y clínica y cuya tarea consistió en determinar si el cuestionario realmente estaba midiendo la calidad del servicio otorgado por las Asistentes Médicas y sus Coordinadoras; y en considerar a cada uno de los reactivos como positivos o negativos. Cabe destacar que para homogeneizar las instrucciones señaladas a cada uno de los jueces, se les entregó junto con los cuestionarios un sencillo instructivo con el nombre de la tesis, la definición conceptual de las variables utilizadas en la investigación y los puntos que se requerían evaluar.

Después de realizar las correcciones correspondientes a la fase de piloteo se depuraron cada una de las versiones del cuestionario, así como su correspondiente instructivo de aplicación quedando finalmente como se muestran a continuación:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE
COORDINACION DELEGACIONAL DE ORGANIZACIÓN Y
CALIDAD**

Estimada compañera **Asistente Médica**, el presente cuestionario tiene por objetivo elevar el nivel de calidad del programa de capacitación para Asistentes Médicas y sus Coordinadoras, por lo que requerimos de tu valiosa cooperación para contestar las siguientes preguntas. De antemano ¡gracias!

CATEGORIA: _____	ANTIGÜEDAD: _____	FECHA: _____
ADSCRIPCION: _____	TURNO: _____	
TOME EL CURSO: SI _____ NO _____		
CATEGORIA ANTERIOR: _____		
DERECHOHABIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE: _____		FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción con la que más identifique a las **Asistentes Médicas** (sólo una por cada afirmación).

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Llegan puntualmente a su servicio					
2. Atienden las solicitudes de todos los derechohabientes					
3. Saludan a todos los derechohabientes					
4. Tienen sobrecarga de trabajo					
5. Portan su uniforme					
6. Informan correctamente a todos los derechohabientes de los trámites que deben realizar					
7. Permiten que todos los derechohabientes les expliquen su problemática					

Versión 1

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
8. Su Coordinadora las apoya en el trabajo					
9. Cuidan su presentación					
10. Anotan correctamente todos los datos necesarios en los diferentes formatos institucionales					
11. Despiden amablemente a todos los derechohabientes una vez que han terminado de atenderlos					
12. El archivo retrasa la entrega de expedientes					
13. Cuentan con los insumos indispensables para trabajar					
14. Cuentan con los conocimientos necesarios para realizar su trabajo					
15. Son amables con todos los derechohabientes					
16. Su trabajo es reconocido por el instituto					
17. Se dirigen a todos los derechohabientes con palabras de cortesía					
18. El Médico tiene disponibilidad para colaborar con las Asistentes Médicas					
19. Muestran paciencia con todos los derechohabientes					
20. Les gusta su trabajo					
21. Al hablar con los derechohabientes los ven a los ojos					
22. Consideran que su trabajo es importante					
23. Se sienten orgullosas de pertenecer al instituto					
24. La comunicación con el personal de su área y el de otras áreas les permite agilizar su trabajo					

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción con la que más identifique a las **Coordinadoras de Asistentes Médicas** (sólo una por cada afirmación).

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
25. Las Coordinadoras realizan juntas de trabajo con su personal					
26. Las Coordinadoras son amables con todos los derechohabientes					
27. Las Coordinadoras asumen su papel de jefe frente a su personal en el momento oportuno					
28. Las Coordinadoras supervisan el trabajo de las Asistentes Médicas					
29. Las Coordinadoras demuestran tener conocimientos suficientes para desempeñar su puesto					
30. Las Coordinadoras llegan puntualmente a su trabajo					
31. Las Coordinadoras motivan a su personal para dar lo mejor de sí en el trabajo					
32. Las Coordinadoras enseñan a su personal nuevo la forma en que deben realizar su trabajo					
33. Las Coordinadoras atienden a los derechohabientes sólo cuando hay quejas					
34. Las Coordinadoras se involucran en el área operativa					
35. Las Coordinadoras portan su uniforme					

COMENTARIOS:

Versión 1

INSTRUCTIVO DE APLICACION

VERSION 1

Este cuestionario está diseñado para ser contestado por las Asistentes Médicas. Aunque no requiere de una aplicación personalizada, el encuestador deberá realizar las siguientes actividades:

ANTES DE INICIAR LA APLICACION

1. Aplique a _____ (número de sujetos correspondientes a la muestra en cada Unidad Médica) de cualquiera de las Asistentes Médicas que se incluyen en la lista anexa. No aplique el cuestionario a ninguna Asistente Médica que no se encuentre señalada en su lista.
2. Debido a que las Asistentes Médicas que encuestará en esta ocasión pertenecen al grupo No capacitado/Capacitado (según el momento de la aplicación del cuestionario) deberá corroborar que éstas no hayan tomado el curso/ya hayan tomado el curso (según el momento de la aplicación del cuestionario). Aquellas que no cumplan con este requisito no podrán contestarlo y deberán ser reemplazadas por otras que estén contempladas en su lista.

DURANTE LA APLICACION

3. Lea junto con las encuestadas el objetivo de la aplicación del cuestionario que se señala en la parte superior del mismo.
4. Para evitar cualquier especulación infundada respecto al objetivo que se persigue, explique literalmente lo siguiente: "La información que se proporcione se manejará no de manera individual, sino global, razón por la cual no se les está pidiendo nombre ni matrícula".
5. Pida a las encuestadas que llenen el cuadro que se refiere a sus datos generales. Las Asistentes Médicas atienden a un diferente número de derechohabientes según el día, área en la que estén ubicadas, personal disponible etc., por lo que deberá especificar lo siguiente: "El número de pacientes atendidos diariamente será contestado con base a un promedio diario".
6. Lea junto con las encuestadas las instrucciones.
7. Explique lo siguiente: "El cuestionario abarca en su primera parte aspectos relacionados con la categoría Asistentes Médicas y en la segunda, toca aspectos de la categoría Coordinadora de Asistentes Médicas, debe contestar ambas partes".

8. Es muy importante que no olvide la consigna: “No deje de contestar ni una sola pregunta”.
9. Si así lo solicitaran las encuestadas, deberá explicar lo siguiente: “Al contestar la parte que corresponde a su categoría debe basarse no en su experiencia individual, sino en su opinión respecto a las Asistentes Médicas como categoría”.
10. Permita que las Asistentes Médicas contesten individualmente las preguntas.

AL TERMINAR LA APLICACION

11. Revise que los reactivos estén contestados en su totalidad.
12. Agradezca su participación a cada una de las encuestadas.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE
COORDINACION DELEGACIONAL DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD

Estimada compañera **Coordinadora de Asistentes Médicas**, el presente cuestionario tiene por objetivo elevar el nivel de calidad del programa de capacitación para Asistentes Médicas y sus Coordinadoras, por lo que requerimos de tu valiosa cooperación para contestar las siguientes preguntas. De antemano ¡gracias!

CATEGORIA: _____	ANTIGÜEDAD: _____	FECHA: _____
ADSCRIPCIÓN: _____	TURNO: _____	
TOME EL CURSO: _____	SI: _____ NO: _____	
DERECHOHABIENTES ATENDIDOS PERSONALMENTE: _____		
FOLIO: _____		(PROMEDIO DIARIO)

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción con la que más identifique a las **Coordinadoras de Asistentes Médicas** (sólo una por cada afirmación).

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Los jefes de las Coordinadoras las Invitan a sus reuniones de trabajo					
2. Su trabajo es reconocido por el instituto					
3. Enseñan a su personal nuevo la forma en que deben realizar su trabajo					
4. Motivan a las Asistentes Médicas para que traten amablemente a los derechohabientes					
5. Realizan juntas con su personal para tratar asuntos de trabajo					
6. Tienen posibilidades de desarrollo dentro del instituto					
7. Llegan a acuerdos con su personal quedando satisfechas ambas partes					
8. Se involucran en el área operativa					

Versión 2

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
9. Cuentan con los insumos indispensables para trabajar					
10. Cuando se presenta un conflicto con los derechohabientes se aseguran de que se vayan satisfechos					
11. Tienen los conocimientos necesarios para realizar su trabajo					
12. Atienden a los derechohabientes antes de que se generen molestias					

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción con la que más identifique a las **Asistentes Médicas** (sólo una por cada afirmación).

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
13. Las Asistentes Médicas son amables con los derechohabientes					
14. Las Asistentes Médicas llenan correctamente los diferentes formatos institucionales					
15. Las Asistentes Médicas tienen disponibilidad para trabajar					
16. El trabajo de las Asistentes Médicas es reconocido por el instituto					
17. Las Asistentes Médicas cuentan con los conocimientos necesarios para desempeñar su trabajo					
18. Las deficiencias en otras áreas de la unidad u hospital repercuten con las actividades de la Asistente Médica					
19. Las Asistentes Médicas informan correctamente a los derechohabientes de los trámites que deben realizar					
20. Las Asistentes Médicas tienen sobrecarga de trabajo					
21. Las Asistentes Médicas cuentan con los expedientes clínicos oportunamente					
22. A las Asistentes Médicas les gusta su trabajo					

COMENTARIOS:

INSTRUCTIVO DE APLICACION

VERSION 2

Este cuestionario está diseñado para ser contestado por las **Coordinadoras de Asistentes Médicas**. Aunque no requiere de una aplicación personalizada, el encuestador deberá realizar las siguientes actividades:

ANTES DE INICIAR LA APLICACION

1. Debido a que las Coordinadoras de Asistentes Médicas que encuestará en esta ocasión pertenecen al grupo **No capacitado/Capacitado** (según el momento de la aplicación del cuestionario) deberá corroborar que éstas no hayan tomado el curso/ya hayan tomado el curso (según el momento de la aplicación del cuestionario). Aquellas que no cumplan con este requisito no podrán contestarlo y deberán ser reemplazadas por otras.

DURANTE LA APLICACION

2. Lea junto con las encuestadas el objetivo de la aplicación del cuestionario que se señala en la parte superior del mismo.
3. Para evitar cualquier especulación infundada respecto al objetivo que se persigue, explique literalmente lo siguiente: "La información que se proporcione se manejará no de manera individual, sino global, razón por la cual no se les está pidiendo nombre ni matrícula".
4. Pida a las encuestadas que llenen el cuadro que se refiere a sus datos generales. Explique: "El número de derechohabientes atendidos se refiere a aquellos que personalmente atienden diariamente, no a los que acuden a todos los servicios que están bajo su supervisión".
5. Lea junto con las encuestadas las instrucciones.
6. Explique lo siguiente: "El cuestionario abarca en su primera parte aspectos relacionados con la categoría Coordinadora de Asistentes Médicas y en la segunda, toca aspectos de la categoría Asistentes Médicas, debe contestar ambas partes".
7. Es muy importante que no olvide la consigna: "No deje de contestar ni una sola pregunta".
8. Si así lo solicitaran las encuestadas, deberá explicar lo siguiente: "Al contestar la parte que corresponde a su categoría debe basarse no en su experiencia individual, sino en su opinión respecto a las Coordinadoras de Asistentes Médicas como categoría".

9. Permita que las Coordinadoras de Asistentes Médicas contesten individualmente las preguntas.

AL TERMINAR LA APLICACION

10. Revise que los reactivos estén contestados en su totalidad.
11. Agradezca su participación a cada una de las encuestadas.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE
COORDINACION DELEGACIONAL DE ORGANIZACION Y
CALIDAD**

Estimado **Derechohabiente**, con el fin de brindarle la calidad del servicio que usted se merece, el presente cuestionario tiene por objetivo conocer su opinión respecto a la atención que le ofrecen las Asistentes Médicas de su Unidad Médica. De antemano ¡gracias!

PARA LLENADO EXCLUSIVO DEL ENCUESTADOR		FECHA: _____
UNIDAD MEDICA U HOSPITAL: _____		FOLIO: _____
SERVICIO: _____	TURNO: _____	
EDAD: _____	SEXO: _____	

INSTRUCCIONES: A continuación voy a leer una serie de afirmaciones que describen el servicio de la Asistente Médica. Usted sólo necesita elegir una de cualquiera de las siguientes respuestas: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca ó nunca. Conteste con base a las últimas tres visitas hechas a su Unidad Médica.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. La señorita se encontraba en su lugar					
2. La señorita portaba su uniforme					
3. La señorita me inspiró confianza					
4. La señorita me saludó					
5. La señorita atendió mi solicitud					
6. Se ve que la señorita conoce bien su trabajo					
7. La señorita me trató con palabras de cortesía					
8. La señorita me resolvió todas mis dudas					
9. Se ve que a la señorita le gusta su trabajo					

Versión 3

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
10. La señorita me informó los procedimientos que debía realizar					
11. La señorita estaba de buen humor cuando me atendió					
12. La señorita fue grosera					
13. La señorita sabe tratar al público					

	Sí	No
14. Conozco a la Coordinadora de Asistentes Médicas		

* Conteste la siguiente pregunta únicamente si la pregunta anterior la respondió con "Sí"

15. ¿Cómo identifica a las Coordinadoras de Asistentes Médicas?

SUGERENCIAS:

Versión 3

INSTRUCTIVO DE APLICACION

VERSION 3

El presente cuestionario requiere de una aplicación personalizada, por lo que el aplicador deberá realizar las siguientes actividades:

ANTES DE LA APLICACION

1. Asegúrese de que el derechohabiente se encuentre en un momento oportuno para contestar el cuestionario.

DURANTE LA APLICACION

2. Lea al derechohabiente el objetivo de la aplicación del cuestionario que se señala en la parte superior del mismo. Enfatice la importancia que tiene para el instituto su opinión respecto al servicio que le ofrece la Asistente Médica y su Coordinadora. En caso de que el derechohabiente no identifique a la Asistente Médica, deberá explicarle de quien se trata, si insiste en no conocerla, agradezca su atención y reemplacelo por otro que si la identifique.
3. Lea al derechohabiente las instrucciones y asegúrese de que no tenga dudas.
4. Entregue la tira de posibles respuestas al derechohabiente y mencione la consigna: "Usted debe contestarme únicamente con cualquiera de estas respuestas":

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

Si el derechohabiente no sabe leer, retire la tira y proporcione verbalmente las posibles respuestas.

5. Lea cada una de las afirmaciones al derechohabiente y anote usted mismo las respuestas que él elija. Es importante que usted no influya en su respuesta.

DESPUES DE LA APLICACION

6. Agradezca la atención prestada al derechohabiente.

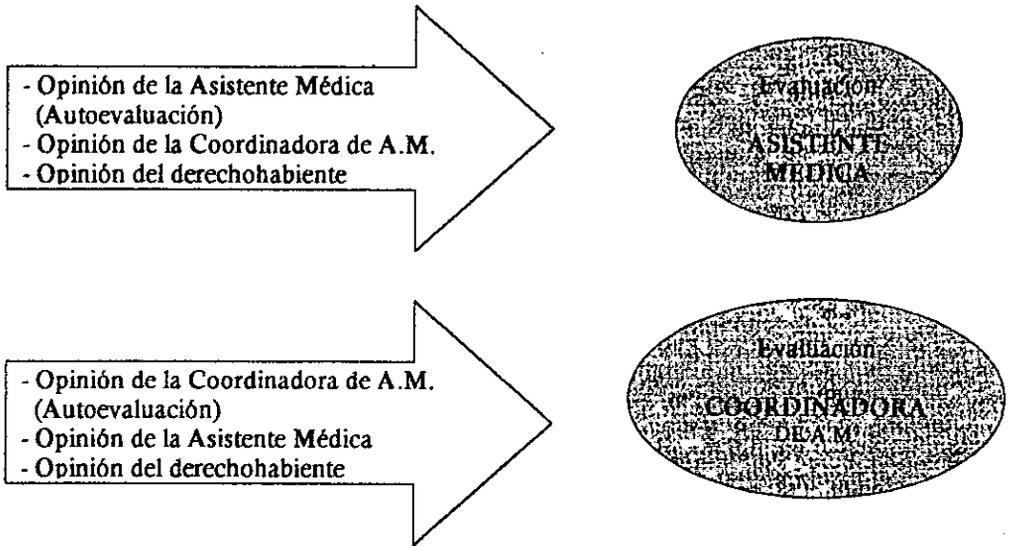
Cada una de las tres versiones están compuestas por el conjunto de respuestas de mayor frecuencia recabadas en los 3 grupos entrevistados por ejemplo, la versión 1, contiene respuestas hechas por las mismas Asistentes Médicas, por sus Coordinadoras y por los derechohabientes.

La versión 1 cuenta con un primer apartado (reactivos 1 al 24) que corresponde a la autoevaluación que hace de sí misma la Asistente Médica y con un segundo, (reactivos 25 al 35) en el que ella evalúa a las Coordinadoras de Asistentes Médicas. Homólogamente en la versión 2, la Coordinadora se autocalifica en la primera parte (reactivos 1 al 12) y en la segunda, (reactivos 13 al 22) califica a sus Asistentes Médicas. Para el caso de la versión 3, el derechohabiente refiere el nivel de la calidad del servicio otorgado por la Asistente Médica y con respecto a la Coordinadora, el derechohabiente únicamente señala su posible conocimiento de la existencia de esta categoría, ya que desde las entrevistas y la fase de piloteo de los cuestionarios, se detectó que el derechohabiente no podía opinar acerca de ella, pues simplemente desconoce que haya un jefe de las Asistentes Médicas.

Después de la aplicación de las entrevistas y del cuestionario, se evaluó la calidad del servicio de las Asistentes Médicas a partir de lo que opinaron las Coordinadoras de Asistentes Médicas, los derechohabientes y las propias Asistentes Médicas. Análogamente se evaluó la calidad del servicio de la Coordinadora a partir de lo que señalaron las Asistentes Médicas, los derechohabientes y las propias Coordinadoras como se observa en el esquema 3.

Esquema 3.

**PERSONAL Y DERECHOHABIENTES INVOLUCRADOS EN LA
EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LA ASISTENTE
MEDICA Y DE SU COORDINADORA**



4.9 MATERIALES

Los materiales utilizados durante la investigación son los siguientes: manual para la aplicación de las entrevistas, grabadora para recabar la información de las entrevistas, un tiraje de 2440 cuestionarios impresos en hojas tamaño carta, instructivo de aplicación para cada versión del cuestionario, para cada aplicador, software SPSS, Word y Excell para el procesamiento de datos.

4.10 ESCENARIO

La aplicación de las entrevistas y cuestionarios se llevó a cabo en todas las Unidades Médicas de 1º, 2º y 3er. nivel que forman parte de la Delegación 2 del I.M.S.S excepto en el Banco Central de Sangre y la Unidad de Medicina Familiar No. 37 (ver anexo no. 3. Ubicación de las Unidades Médicas de la Delegación 2 del I.M.S.S.). Dentro de ellas, se utilizaron cubículos asignados a la Coordinación de Asistentes Médicas, aulas de enseñanza, salas de juntas, pasillos y salas de espera para derechohabientes.

4.11 PROCEDIMIENTO

Para la aplicación de las versiones 1 y 3 del cuestionario, se coordinaron a 36 responsables de capacitación y a 13 prestadores de servicio social de la Coordinación de Organización y Calidad de la Delegación 2 del I.M.S.S. A todos ellos se les capacitó en una cesión conjunta durante la cual se leyeron y entregaron los instructivos de aplicación (ya piloteados previamente) correspondientes a cada versión del cuestionario, se presentaron los antecedentes de la investigación, la metodología, incluidos los pasos para la elaboración del cuestionario y todos los detalles que fueran necesarios. Cabe destacar que los responsables de capacitación ya habían tenido anteriormente experiencias con la aplicación de encuestas masivas en toda la Delegación, más aún, todos ellos reciben continuamente capacitación externa altamente especializada para hacer investigación relacionada con la capacitación y con la aplicación de estrategias para mejorar la calidad del servicio de los trabajadores a quienes ellos a su vez capacitan.

Los prestadores de servicio social aplicaron el cuestionario bajo la supervisión de los responsables de capacitación. En todas las Unidades Médicas, los 49 aplicadores

trabajaron por parejas y en aquellas en las que el número de sujetos a encuestar era numeroso, se designaron 3 y hasta 4 aplicadores.

Para extremar el control de la aplicación del cuestionario versión 1 al personal correcto, se planeó que durante una primer semana se aplicaran al personal capacitado y durante una segunda se hiciera con el no capacitado. Además de esto, los aplicadores contaban con un listado de los nombres a quienes debían encuestar según la Unidad Médica que les correspondía. Obviamente esta lista era diferente para cada semana y no era sino hasta que el aplicador entregaba los cuestionarios llenados por las Asistentes Médicas capacitadas, cuando se le entregaban el listado de las no capacitadas. Así también el instructivo era nuevamente entregado, con un marcado énfasis en el tipo de grupo a encuestar ahora (no capacitado).

Aunque el instructivo de la versión 1 del cuestionario señala las actividades que debe realizar el encuestador antes, durante y después de la aplicación, no es necesario que ésta se lleve a cabo de forma personalizada, por lo que algunas veces se aplicó grupalmente y otras de manera individual. Por otro lado la versión 3 dirigida a los derechohabientes si requiere una aplicación individual ya que en algunas ocasiones éstos son analfabetas, o bien su condición de enfermos, ó su edad puede ser un obstáculo para responder adecuadamente, por ello el encuestador fue quien leyó las preguntas del cuestionario. Para facilitarle sus respuestas al derechohabiente que sí supiese leer, se le proporcionaba una tira de papel de 20cm. x 4cm. con las opciones de respuesta siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca, de tal manera que mientras se le leía el ítem, él podía observar en dicha tira las posibles respuestas.

El cuestionario versión 2 fue aplicado por una servidora a las 46 Coordinadoras de Asistentes Médicas asignadas a la muestra de forma grupal, primero con las capacitadas y luego con las no capacitadas.

El tiempo promedio de aplicación para el cuestionario 1, 2, y 3 fue de 15', 12' y 7' minutos respectivamente.

Una vez contestados los 2440 cuestionarios de la muestra se procedió a codificar las respuestas obtenidas con el fin de realizar el análisis estadístico de los cinco grupos encuestados cuyo desarrollo se presenta en el siguiente capítulo.

CAPITULO 5

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos desde la construcción del cuestionario hasta su aplicación en términos cuantitativos y cualitativos.

Primeramente se muestran a manera de ejemplo, por ser muy extensa la información aquí recabada, las respuestas a algunas preguntas hechas en las 30 entrevistas realizadas a los tres grupos utilizados: Asistentes Médicas, Coordinadoras de Asistentes Médicas y derechohabientes. (pag. 111 - 116).

Después se observa el análisis de contenido de dichas respuestas con sus respectivas frecuencias y los componentes en los que quedaron clasificadas (pag. 117 - 128).

Enseguida aparece el cuestionario en sus tres versiones utilizado durante la fase de piloteo.

Los cuadros 3, 4 y 5 señalan la forma en que quedaron constituidas cada una de las versiones del cuestionario final, del cual se obtuvo una confiabilidad de $\alpha = .8862$, $\alpha = .8213$ y $\alpha = .9434$ (versión 1, 2 y 3 respectivamente).

Posteriormente se muestran los resultados de la aplicación del cuestionario a la muestra de manera desglosada, siguiendo el orden de las partes que lo componen, se describen los resultados de las pruebas de hipótesis al comparar al grupo capacitado y no capacitado de las Asistentes Médicas y sus Coordinadoras; y finalmente aparece el análisis de contenido de las respuestas proporcionadas por las Asistentes Médicas, Coordinadoras de Asistentes Médicas y derechohabientes, a las preguntas abiertas del cuestionario en cada una de sus versiones.

5.1 RESULTADOS DEL DESARROLLO DEL CUESTIONARIO

TRANSCRIPCION DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

GRUPO 1

ASISTENTES MEDICAS

Pregunta 1: ¿Qué es lo que regularmente hace durante su jornada de trabajo?

Respuestas:

1. "Checo mi tarjeta entre 7:30 a.m. y 7:45, luego paso a recoger mi equipo de termometría, paso a mi consultorio asignado y lo preparo con sábanas limpias y papelería. Una vez que dejo listo el consultorio, recibo a los derechohabientes, los saludo y recojo sus carnets, los paso uno por uno para pesarlos, saco los expedientes de los pacientes citados y organizo la consulta antes de que llegue el médico. Cuando llega el médico le voy pasando a los pacientes y conforme van saliendo, les doy indicaciones para sus trámites dentro de la clínica o fuera de ella y archivo nuevamente los expedientes."
2. "Les doy los buenos días a los derechohabientes, recojo sus carnets, los anoto en la libreta, los paso al consultorio para tomarles la temperatura, el peso y la talla, reviso que el consultorio tenga el equipo completo, doy citas y apoyo al médico en lo que necesite".
3. "Depende del área a la que nos mande la Coordinadora, por ejemplo en piso pasamos la visita, checamos la vigencia de los pacientes hospitalizados, si se le da de alta a la paciente y al bebé, hay que elaborarle una constancia de alumbramiento. Hay que ver traslados, consultas etc. También llevamos un control de las altas que reportamos a informes y a salas de altas, solicitamos y regresamos los expedientes de los pacientes. Aquí en el hospital no nos aburrimos, unas veces nos mandan a informes, otras a prematuros, a consulta externa, al cunero, a admisión, según el número de compañeras que estemos".
4. "Cuando estoy en la consulta externa, checo, me cambio, voy al archivo a recibir mis expedientes, reviso que estén completos los expedientes que pedí y si no lo están

les pongo una nota de no recibido, subo los expedientes con el doctor, ordeno la consulta por número de consultorio. La 4-30-6 es en donde anoto los citados del día anterior, cotejo los expedientes con esta lista, además de la libreta del turno matutino, checo la del vespertino para ver los pacientes que están anotados y luego le aviso al médico. Checo los pacientes foráneos que vienen por un medicamento. Después, una vez que empieza la consulta, reviso mi previa (formato 4-30-6), saludo al derechohabiente y no paro de dar citas en toda la mañana, ¡acaba uno muy cansada!, ¡muchas veces no tenemos tiempo de ir al baño, ni de comer!., bueno, al menos así es en la consulta externa de 2º y 3er nivel.”

5. “Depende en que área estemos, por ejemplo en control central se maneja la procedencia del paciente, en admisión lo que se hace es estar recibiendo todo el tiempo a los pacientes, ya sea que vengan programados o de urgencia, en piso, bueno, en hospitalización tiene uno que ver las vigencias, las altas, trámites de interconsulta, ambulancias, pasar lista de los pacientes hospitalizados.”

6. “Llego a mi servicio temprano, me cambio, me pongo el uniforme, procuro saludar a los derechohabientes, les anoto su cita, les explico las indicaciones del médico, lleno mis reportes de la consulta diaria, solicito mis expedientes, a veces tengo que apoyar a dos consultorios cuando las compañeras faltan, cuando hay problemas con los derechohabientes trato de no alterarme, pero ya si de plano no puedo solucionar nada, mejor los mando con la Coordinadora, cuando se necesita doy seguimiento a los pendientes del día anterior.”

7. “No siempre hacemos lo mismo, depende del área de servicio que nos toque, aunque a mí casi siempre me toca en piso, ahí estoy al pendiente de los pacientes que ingresan y los que se dan de alta, checo que sus documentos estén correctos y paso mi reporte a informes, también les informo a los familiares de las personas que están hospitalizadas.”

8. “Recibo expedientes en el archivo, checo mis 4-30-6, voy a mi servicio, recibo a mis pacientes, separo a los pacientes subsecuentes y a los de primera vez, si falta algún expediente lo mando pedir con el mensajero porque una compañera llegó a laborales (instancia del Instituto que resuelve problemas legales) por haber mandado al derechohabiente por el expediente al archivo, oriento a los pacientes, les indico que

para ciertos estudios deben venir con radiografías, con exámenes de laboratorio etc. para que no los regrese el médico.”

9. “Bueno trato de sacar mi trabajo lo antes posible, llego temprano a trabajar, me coordino con el archivo, con enfermería y si se presta, con el médico, trato de agilizar la consulta, trato de tener un contacto con los jefes de servicio y con la Coordinadora para resolver los problemas que se presenten, muchas veces tenemos carga de trabajo y no se puede hacer todo lo que uno quisiera.”

GRUPO 2

COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS

Pregunta 1. ¿Cuántos derechohabientes atiende al día en promedio?

Respuestas:

1. "Entre 15 y 20 diarios. A todos los atiende en mi oficina ya que todos llegan con problemáticas a resolver."
2. "Entre 25 y 30."
3. "Aproximadamente 30."

Pregunta 18. ¿De qué manera supervisa a su personal?

Respuestas:

1. "Yo voy y me siento con ellas a trabajar, siento que de esa forma me doy cuenta de los errores, sin que ellas se sientan vigiladas."
2. "Pues esa es una problemática que tenemos, porque en este hospital no se han creado plazas para Coordinadora y entonces aparecemos como personal sobrante, yo por ejemplo no soy Coordinadora pero desempeño funciones como tal, yo estoy cubriendo a mis compañeras supuestamente titulares, pero ellas también aparecen como personal sobrante. Esto ha acarreado muchos problemas, uno de ellos que mi supervisión sea limitada."
3. "Hago recorridos diarios, me siento con ellas y reviso sus formatos."

GRUPO 3

DERECHOHABIENTES

Pregunta 3. ¿Cómo evaluaría el servicio de la Asistente Médica?

Respuestas:

1. "Muy bien, fue muy amable. Cuando uno trae un paciente, no es por gusto, sino porque lo necesita y uno quisiera la mejor atención. Al ingresar a mi familiar de otro hospital, la señorita se movilizó para pasarlo al consultorio que le correspondía e hizo todo porque lo atendieran rápido, nos anotó de inmediato y me dijo que pasara al consultorio 3, nos indicó sobre los trámites que teníamos que hacer. Cada instante la estuve molestando para saber como estaba mi familiar mientras estaba en el quirófano y ella me estuvo informando con todo detalle y amabilidad."
2. "Bueno, porque yo se que no depende de ella que le hayan pospuesto la cirugía a mi familiar. Fue bueno porque me dijo que inmediatamente que hubiera una cama disponible pasarían a mi familiar."
3. "En realidad fue muy atenta conmigo, cuando llegué me saludó y me informó a que piso habían mandado a mi familiar."
4. "No le dicen a uno como tiene que venir, si en ayunas o cómo. Como en todo, unas son amables y otras no, pero en general es malo porque uno no sabe muchas cosas y no le explican a uno nada, sólo lo traen de un lado a otro."
5. "La señorita que me toca a mí si es amable, pero hay otras que le piden a uno groseramente el carnet. Aparte de venir enfermo se siente uno peor con la forma de ser tan despota de las señoritas."
6. "Bueno, me recibieron el carnet rápido, no me puso ninguna traba, y sobre todo fue más amable que otras veces. Hace unos años este hospital tenía fama de mucho maltrato, ahora no, han cambiado y me parece excelente."
7. "Bueno, nos atendió bien, tuvimos que esperar el tiempo necesario de las 8:00 a.m. a las 10:00 a.m., aunque la información que da es incompleta."
8. "Bueno, me respondió cuando la saludé, me preguntó en qué me podía servir. El trato con ella es poco, pero las indicaciones que da son las adecuadas."
9. "Que es malo, su modo de hablar, de tratarnos, aunque a veces nosotros no obedecemos las indicaciones que nos da."

10. "Es aceptable, hay un poco de déficit por la cantidad de pacientes, hay que esperar pero es por los pacientes".
11. "Regular, no contestan bien pero tampoco mal, no orientan bien y se tardan en atender".
12. "En general me han atendido de mal modo, hoy esta señorita es nueva y se presta para hablar con uno".
13. "Buena, es atenta, saluda".
14. "Yo le pondría un 8 porque le resuelve dudas a uno pero luego está de malas".
15. "La mayoría son malas, groseras, lo regañan a uno, pero eso sí, ellas no respetan su horario de entrada y las tiene uno que estar esperando o luego no están en su lugar".
16. "Es bueno, todas las señoritas me han atendido bien".
17. "Se porta amable, siempre me ha tratado bien".
18. "Yo considero que está bien, no he tenido ningún problema con ella, porque algunas son groseras y enojoncitas".

ANALISIS DE CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS POR GRUPO

GRUPO 1

ASISTENTES MEDICAS

PARTE I: AUTOEVALUACION

SUBVARIABLE: Calidad Técnica

COMPONENTE 1: Funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Solicito el material necesario para trabajar	//
* Atiendo las solicitudes de todos los derechohabientes que acuden a mi	////
Doy seguimiento a las solicitudes de los derechohabientes interesados	/
* Informo y oriento al derechohabiente de los trámites y procedimientos que debe realizar	//// /
Tengo comunicación estrecha con el médico para dar seguimiento a la atención médica	/
* Anoto correctamente todos los datos necesarios en los formatos institucionales que utilizamos en las diferentes áreas de servicio	//// /
Realizo un enlace de turno adecuado y oportuno	/
* + Conozco perfectamente los procedimientos de mis actividades laborales	////
Conozco las diferentes áreas y personas de la Unidad Médica con las que tengo que relacionarme para realizar mi trabajo	///

COMPONENTE 2: Actividades Obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas.

RESPUESTAS	FRECUENCIA
* Llego a tiempo a mi servicio	////
* Uso mi uniforme	////
Cuido mi imagen	//

SUBVARIABLE: Calidad de las relaciones interpersonales

COMPONENTE 1: Calidez en el trato

RESPUESTAS	FRECUENCIA
* Miro a los ojos al derechohabiente	////
* Saludo a los derechohabientes	////
* Permito que el derechohabiente me explique su problemática	////
Algunas Asistentes Médicas son groseras con los derechohabientes	//
Algunas Asistentes Médicas no escuchan al derechohabiente	/
Tengo habilidad para tratar al público	/
Permito que el derechohabiente platique conmigo	/
Trato al derechohabiente como a mí me gustaría que me trataran	/
Llego de buen humor	/
Doy especial atención a los derechohabientes de la tercera edad	/
Convivo con los niños de las madres derechohabientes	/
* Soy paciente con el derechohabiente	////

Continúa . .

RESPUESTAS	FRECUENCIA
En situaciones en las que se presenta algún conflicto con el derechohabiente, yo....	
- No le contesto	//
- Llamo a algún Jefe	/
- Lo invito a pasar a la Dirección	//
- Llamo a vigilancia	////
- Llamo a la Coordinadora de Asistentes Médicas	/
Trato al derechohabiente con humanidad	//
* Soy atenta con el derechohabiente	////// /
Escucho al derechohabiente	//
Atiendo al derechohabiente de acuerdo a sus necesidades	/
Inspiro confianza al derechohabiente para que me pregunte sus dudas	/
Tranquilizo al derechohabiente mientras espera su turno	/
Los derechohabientes se van satisfechos cuando yo los atiendo	//
* Despido a los derechohabientes	////
* Me dirijo al derechohabiente con palabras de cortesía como ¡gracias!, permítame un momento, ¿en qué le puedo servir? Etc.	////
Me dirijo al derechohabiente con palabras cariñosas	/
Llamo por su nombre a los derechohabientes	/
Me preocupo por conocer la problemática de los pacientes	//

SUBVARIABLE: Obstáculos de la Calidad del Servicio
COMPONENTE 1: Problemas de tipo Organizacional

RESPUESTAS	FRECUENCIA
* Tengo sobrecarga de trabajo	////
* El archivo retrasa la entrega de expedientes	//////
Extravío de expedientes por parte de los médicos y enfermeras	/
Falta de personal	/
* Falta de insumos	////// /
* Poca disponibilidad del médico para trabajar con nosotras	////
Rigidez en las ordenes de la Coordinadora	/
Ordenes diferentes y opuestas entre sí	//
No encuentro obstáculos para realizar mi trabajo	/
Desmotivación en el trabajo	/
Falta de capacitación	/
Durante mi jornada laboral me queda tiempo libre	//

COMPONENTE 2: Satisfacción/Insatisfacción en el trabajo

RESPUESTAS	FRECUENCIA
* - Me gusta mi trabajo	//////
Me gusta mi categoría	/
Me gusta trabajar para el derechohabiente	/
* Mi trabajo es importante	////// /
Me gusta mi uniforme	/
Lo que más me disgusta de mi trabajo es:	
El uniforme	/
Permanecer sin hacer nada	/
La inconformidad de los derechohabientes por los tiempos de espera	/

Continúa .

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La inconformidad de los derechohabientes por la imposibilidad de darles citas cercanas	/
A la categoría se le tiene olvidada por el Instituto	/

COMPONENTE 3: Sentido de pertenencia/Falta de sentido de pertenencia

RESPUESTAS	FRECUENCIA
* Me siento orgullosa de pertenecer al Instituto	////
No me siento orgullosa de trabajar para el Instituto	/

COMPONENTE 4: Ambiente laboral favorable/ desfavorable

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Existe un ambiente de tensión entre el personal de la categoría por falta compañerismo	//
Existe buena comunicación entre mis compañeras y yo	/
La Unidad Médica en la que trabajo es agradable	/
Mis compañeras y yo nos apoyamos para sacar adelante el trabajo	//
* La comunicación que mantengo con el personal de mi área y el de otras áreas me permite agilizar mi trabajo	////
* Falta de apoyo de la Coordinadora	//////

COMPONENTE 5: Actitud positiva/ negativa hacia el trabajo

RESPUESTAS	FRECUENCIA
En los últimos seis meses no he usado pases de entrada o de salida	/
En los últimos seis meses no me he incapacitado	/
No tengo tiempos muertos	/
Soy responsable	//
Las Asistentes Médicas damos lo mejor de nosotras mismas	//
Me gusta dar más de lo correspondiente a mi trabajo	/
Algunas compañeras Asistentes Médicas mezclan su trabajo con problemas personales	/

VARIOS

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Categoría anterior:	
Oficial de Puericultura	////
Auxiliar de servicios básicos (Intendencia)	////
Secretaria	/
No de pacientes atendidos (promedio diario):	
0-50	////
50-100	//
100-150	///
Años como Asistente Médica:	
0-10años	///
10-20 años	////
20-30 años	//

PARTE II. EVALUACION DE LAS COORDINADORAS

SUBVARIABLE: Calidad Técnica
COMPONENTE 1: Liderazgo

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Coordinadora . . .	
Muestra favoritismos por algunas Asistentes Médicas	//
* No toma actitudes de líder frente a los derechohabientes	////
* No se comporta como jefe frente a las compañeras cuando se requiere	/////
Debe ser líder	/
Debe tener educación	/
Mezcla cuestiones personales con las laborales	/
Es autoritaria	//
No toma decisiones por ella misma sino influenciada por otras compañeras	//
No respeta al personal a su cargo	/
Nos llama la atención en presencia del derechohabiente, nunca en privado	/
No me inspira confianza	/
No propicia unión entre las compañeras	/
Nos apoya cuando hay mucha gente	//
No sabe respaldar a su personal frente a las autoridades	/
Debería tener un buen carácter	/
No reconoce cuando nuestro trabajo es realizado con calidad	//
* No motiva a su personal	////
Se interesa porque su personal refleje una buena imagen	/
Tiene buena comunicación con las Asistentes Médicas	/
Debería comunicar a su personal las nuevas disposiciones institucionales	/
No resuelve problemas	/
Resuelve problemas	/
Cubre el servicio de las compañeras que no van a trabajar	//

COMPONENTE 2: Supervisión

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Coordinadora . . .	
* No supervisa mi trabajo	/////
* No se involucra en el área operativa	////
* No adiestra a su personal nuevo	////
Las compañeras nuevas aprenden a través de lo que les dicen las Asistentes Médicas que tienen más tiempo	//
Supervisa mi trabajo sólo cuando hay problemas	/
No es indispensable para que las Asistentes Médicas organicemos el trabajo	/
* + No realiza juntas con el personal	/////
Me gusta la manera en que la Coordinadora supervisa mi trabajo	/
El tiempo que la Coordinadora de Asistentes Médicas emplea para tratar asuntos de trabajo con su personal es:	
Mucho	//

Continúa .

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Regular	///
Poco	////
Nada	/

COMPONENTE 3: Funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Coordinadora . .	
* No tiene conocimientos suficientes para desempeñar su puesto	////
Debe conocer las actividades de todas las áreas de servicio	/
Debe tener conocimientos sobre manejo de personal	//
Debe conocer perfectamente todas las actividades que desempeñan las Asistentes Médicas	/
Debe conocer como llenar los formatos, reportes, listas etc.	//
Debe tener conocimientos relacionados con el trato al público	/
Registra la asistencia	/
Distribuye los servicios de acuerdo al personal	//

COMPONENTE 4: Actividades obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Coordinadora . .	
* La Coordinadora llega temprano	////
* La Coordinadora porta su uniforme	////

SUBVARIABLE: Calidad de las relaciones interpersonales

COMPONENTE 1: Grado en que se relaciona la Coordinadora con el derechohabiente

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Coordinadora . .	
* Atiende a los derechohabientes sólo cuando hay quejas	////
Manda traer al derechohabiente a su oficina cuando hay algún problema	///
No. de pacientes atendidos por su Coordinadora:	
0-10	///
20-30	//

COMPONENTE 2: Calidez en el trato al derechohabiente

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Coordinadora . .	
* Es amable en su trato con el derechohabiente	////
Se interesa por conocer la problemática del derechohabiente	/
Se preocupa por dar un buen servicio al derechohabiente	/

- * Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 1.
- + Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 2.
- Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 3.

COMPONENTE 3: Funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Organizo la cédula auxiliar de programación vacacional	/
Distribuyo las áreas de servicios de acuerdo al personal	//
Relaciono el rol de descansos	//
Registro la asistencia	//
+ Conozco la forma de realizar las actividades de mi puesto	///

COMPONENTE 4: Actividades obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
+ Uso mi uniforme	///
+ Llego temprano a trabajar	///

SUBVARIABLE: Calidad de las relaciones interpersonales

COMPONENTE 1: Grado en que se relaciona con el derechohabiente

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Número de derechohabientes que atiendo diariamente:	
10-20	/
20-30	//
+ Atiendo a los derechohabientes sólo cuando tienen una queja	///
+ Atiendo a los derechohabientes antes de que se generen molestias	///

COMPONENTE 2: Calidez en el trato al derechohabiente

RESPUESTAS	FRECUENCIA
+ Pregunto a los derechohabientes si ya se les está atendiendo	///
Oriento al derechohabiente	///
Escucho a todos los derechohabientes que se dirigen a mí	//
No siempre he sido amable con el derechohabiente	/
Inspiro confianza en los derechohabientes para que me pregunten sus dudas	/
Me agrada atender a los derechohabientes	/
+ En situaciones en las que se presenta algún conflicto con el derechohabiente yo me aseguro de que se vaya satisfecho	///
Soy sensitiva cuando trato al derechohabiente	/
Sonríe al derechohabiente	/
Doy un consuelo al derechohabiente cuando este lo necesita	/

SUBVARIABLE: Obstáculos de la Calidad del Servicio

COMPONENTE 1: Problemas de tipo Organizacional

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Ausentismo en el personal	/
Falta de personal	/
Falta de respeto a la jerarquía de Coordinadora por parte de las Asistentes Médicas	//
Falta de respeto hacia las Asistentes Médicas por parte de todo el personal de la Unidad Médica	//

Continúa .

RESPUESTAS	FRECUENCIA
+ Falta de insumos	///
+ La presencia del Delegado sindical cuando hay alguna inconformidad por parte de las Asistentes Médicas	///
Ser personal de base, es difícil ser jefe cuando se es personal de base	/
No tener la plaza y aparecer como personal sobrante	/
El jefe inmediato desconoce los procedimientos de nuestras actividades	/
Personal subordinado nuevo que no se le acredita previamente antes de enviarlo a la operación	//
+ Cuando nos nombran Coordinadoras no se nos proporciona ningún curso en donde se nos explique como hacer nuestro trabajo	///
La capacitación con la que cuento es insuficiente	/

COMPONENTE 2: Desmotivación/Motivación en el Trabajo

RESPUESTAS	FRECUENCIA
+ La categoría de Coordinadora de Asistentes Médicas no tiene posibilidades de desarrollo	///
No hay nadie dentro de la estructura organizacional que supervise mi trabajo	/
No tenemos una relación de mando superior a nuestra categoría	/
+ Quisiera tener un representante a nivel delegacional	///
Las autoridades no se han preocupado por nuestra categoría, nos tienen olvidadas	/
+ No es reconocido nuestro trabajo por el Instituto, sólo se marcan los errores	///
No es reconocido nuestro trabajo a nivel monetario	/
Realizo actividades que no me corresponden	/
Recibo apoyo por parte de mi jefe inmediato	/
Me gusta mi trabajo	/
+ Me agrada que mi puesto sea de base	///
+ Me agradaría que mi puesto fuera de confianza	///
Tengo interés por aprender y superarme	/
Tengo la disponibilidad para realizar mas actividades de las que me corresponden	/
+ Mis jefes inmediatos me invitan a sus reuniones de trabajo	///

PARTE II. EVALUACION DE LAS ASISTENTES MÉDICAS

SUBVARIABLE: Calidad Técnica

COMPONENTE 1: Funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Las Asistentes Médicas. .	
Solicitan el material necesario para trabajar	/
Atienden a los derechohabientes	/
+ Informan al derechohabiente de los trámites que debe realizar	///
+ No siempre anotan correctamente todos los datos necesarios en los diferentes formatos institucionales	///
Casi nunca realizan un enlace de turno adecuado y oportuno	/
Conocen las diferentes áreas y personas de la Unidad Médica u Hospital con las que tienen que relacionarse para realizar su trabajo	/
No son puntuales	//
Dan la atención al derechohabiente con oportunidad	/

SUBVARIABLE: Calidad de las relaciones interpersonales

COMPONENTE 1: Calidez en el trato al derechohabiente

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Las Asistentes Médicas. .	
+ Son amables con el derechohabiente	///
Escuchan al derechohabiente	/

SUBVARIABLE: Obstáculos de la Calidad

COMPONENTE 1: Problemas de tipo Organizacional

RESPUESTAS	FRECUENCIA
El trabajo de la Asistente Médica se ve obstaculizado por. .	
+ Fallas en otras áreas de la Unidad Médica	///
+ La sobrecarga de trabajo	///
+ Falta de expedientes con oportunidad	///
Falta de capacitación	/
Las autoridades no se han preocupado por esa categoría	/
Falta de Coordinadoras que dirijan la operación	/
Falta de personal directivo que se responsabilice por las fallas en la operación de toda la Unidad Médica (ella tiene que dar la cara)	//
Falta de equipo y mobiliario	/

COMPONENTE 2: Satisfacción/ Insatisfacción en el trabajo

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Las Asistentes Médicas. .	
No son reconocidas, sólo se marcan sus errores	/
A diferencia de otras categorías, las autoridades no toman en cuenta el día de la Asistente Médica	/
* + Están muy desmotivadas por el poco reconocimiento del Instituto hacia su categoría	///
+ No les gusta su trabajo	///

COMPONENTE 3: Actitud positiva/negativa hacia el trabajo

RESPUESTAS	FRECUENCIA
Las Asistentes Médicas .	
No tienen disponibilidad para aprender más	/
Asisten a su capacitación sólo para no venir a trabajar	/
Son muy trabajadoras	/
+ Tienen poca disponibilidad para trabajar	///
* No cuidan su presentación	///

- * Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 1.
- + Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 2.
- Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 3.

GRUPO 3
DERECHOHABIENTES

PARTE I. EVALUACION DE LAS ASISTENTES MEDICAS

SUBVARIABLE: Calidad Técnica
COMPONENTE 1: Funciones Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Asistente Médica .	
- Atendió mi solicitud	//// //
Dio seguimiento a mi asunto	////
- Me informó los procedimientos que tenía que hacer	//// //
Le dio trámite a mi solicitud	/
- Me dio la información necesaria para los trámites a realizar	//// //
No me dio la información necesaria para el uso de las áreas de servicio	////
- Me mantuvo informado respecto a todas mis dudas	//// // //
No me dio informes	///
Me dio las indicaciones de manera clara y sencilla	//
Me dio información equivocada	/
Platica en horas de trabajo	//// //
No estaba comiendo en horas de trabajo	//
No tiene disponibilidad de trabajar	////
Conoce su trabajo	////
- Desconoce su trabajo	//// //
Deja en manos del derechohabiente su trabajo	///
Contribuye a dar un buen servicio al derechohabiente	//
Se movilizó para atenderme	//
No me dio una atención oportuna	////
Me dio una atención adecuada	///
No me dio un servicio adecuado	//

COMPONENTE 2: Actividades obligatorias que no forman parte de las actividades Técnico Administrativas

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Asistente Médica .	
- No se encuentra en su lugar	//// // //
- No usa su uniforme	//// //
- No llega a tiempo a su servicio	//// // /
Tiene una excelente presentación	///
No cuida su arreglo personal	///

SUBVARIABLE: Calidad de las relaciones interpersonales
COMPONENTE 1: Calidez en el trato al derechohabiente

RESPUESTAS	FRECUENCIA
La Asistente Médica .	
Me saludo	////

Continúa . .

RESPUESTAS	FRECUENCIA
- No me saludo	//// //
- Me trato con palabras de cortesía	////
- Son groseras	//// // //
No son humanas	///
Son educadas	//
Fue paciente cuando me atendió	///
Me sentí apoyada por la señorita.	///
Me escuchó	//
No tienen autocontrol	///
Son muy irresponsables	///
No me volteo a ver	////
Ahora si me vio	//
No ponen atención a lo que uno les dice	//// //
Me inspira confianza	///
- No me inspira confianza	//// //
Tiene habilidad para tratar al público	//
- No saben tratar a la gente	//// //
- Estaba de buen humor cuando me atendió	////
Tienen mal carácter	//// //
Me tranquilizó	//
No sonríen, siempre tienen cara de enojadas	//// //
Me dio un consuelo	///

PARTE II. EVALUACION DE LA COORDINADORA

CONOCIMIENTO DEL DERECHOHABIENTE DE LA EXISTENCIA DE LA CATEGORIA DE COORDINADORA DE ASISTENTES MEDICAS

RESPUESTAS	FRECUENCIA
- No conozco a la Coordinadora de Asistentes Médicas	//// // //
Nunca la he visto	//// // //
- La identifiqué como . .	
Creo que es la señorita que luego anda con las Asistentes Médicas	//
La de una chamarrita verde	/
La enfermera que revisa a los pacientes	/
Es una chaparrita	/

- * Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 1.
- + Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 2.
- Respuestas utilizadas para la construcción del cuestionario versión 3.

A partir de los cuadros anteriormente descritos, se tomaron las respuestas de mayor frecuencia para la construcción de los reactivos que formaron parte de las tres versiones del cuestionario aplicado en la etapa de piloteo.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE
COORDINACION DELEGACIONAL DE ORGANIZACIÓN Y
CALIDAD**

Estimada compañera Asistente Médica, el presente cuestionario tiene por objetivo elevar el nivel de calidad del programa de capacitación para Asistentes Médicas y sus Coordinadoras, por lo que requerimos de tu valiosa cooperación para contestar las siguientes preguntas. De antemano ¡gracias!

CATEGORIA: _____	ANTIGÜEDAD: _____	FECHA: _____
ADSCRIPCIÓN: _____	TURNO: _____	
TOME EL CURSO: _____	SI: _____	NO: _____
CATEGORIA ANTERIOR: _____		
PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE: _____		FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción con la que más identifique a las Asistentes Médicas (sólo una por cada afirmación).

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Llegan a tiempo a su servicio					
2. Atienden las solicitudes de todos los derechohabientes					
3. Saludan a todos los derechohabientes					
4. Tienen sobrecarga de trabajo					
5. Portan su uniforme					
6. Informan correctamente a todos los derechohabientes de los trámites que deben realizar					
7. Permiten que todos los derechohabientes les expliquen su problemática					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
8. Su Coordinadora las apoya					
9. Cuidan su presentación					
10. Anotan correctamente todos los datos necesarios en los diferentes formatos institucionales					
11. Despiden a todos los derechohabientes					
12. El archivo retrasa la entrega de expedientes					
13. Cuentan con los insumos indispensables					
14. Cuentan con los conocimientos necesarios para desempeñar su trabajo					
15. Son amables con todos los derechohabientes					
16. Reciben reconocimiento por parte del instituto					
17. Se dirigen a todos los derechohabientes con palabras de cortesía					
18. El Médico tiene disponibilidad para colaborar con las Asistentes Médicas					
19. Muestran paciencia con todos los derechohabientes					
20. Les gusta su trabajo					
21. Miran a los ojos a todos los derechohabientes					
22. Consideran que su trabajo es importante					
23. Me siento orgullosa de pertenecer al instituto					
24. La comunicación con el personal de su área y el de otras áreas les permite agilizar su trabajo					
25. Las Coordinadoras realizan juntas con su personal para tratar asuntos de trabajo					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
26. Las Coordinadoras realizan juntas con su personal para tratar asuntos de trabajo					
27. Las Coordinadoras son amables con todos los derechohabientes					
28. Las Coordinadoras toman actitudes de líder frente al personal a su cargo					
29. Las Coordinadoras supervisan el trabajo de las Asistentes Médicas					
30. Las Coordinadoras demuestran tener conocimientos suficientes para desempeñar su puesto					
31. Las Coordinadoras toman actitudes de líder frente a los derechohabiente					
32. Las Coordinadoras llegan a tiempo a su trabajo					
33. Las Coordinadoras motivan a su personal					
34. Las Coordinadoras adiestran a su personal nuevo					
35. Las Coordinadoras atienden a los derechohabientes sólo cuando hay quejas					
36. Las Coordinadoras se involucran en el área operativa					
37. Las Coordinadoras portan su uniforme					

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE
COORDINACION DELEGACIONAL DE ORGANIZACIÓN Y
CALIDAD**

Estimada compañera Coordinadora de Asistentes Médicas, el presente cuestionario tiene por objetivo elevar el nivel de calidad del programa de capacitación para Asistentes Médicas y sus Coordinadoras, por lo que requerimos de tu valiosa cooperación para contestar las siguientes preguntas. De antemano ¡gracias!

CATEGORIA: _____	ANTIGÜEDAD: _____	FECHA: _____
ADSCRIPCION: _____	TURNO: _____	
TOME EL CURSO: _____	SI: _____ NO: _____	
PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE: _____		FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción con la que más identifique a las Coordinadoras de Asistentes Médicas (solo una por cada afirmación).

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Los jefes de las Coordinadoras las invitan a sus reuniones de trabajo					
2. Reciben reconocimiento por parte del instituto					
3. Adiestran al personal nuevo					
4. Motivan a las Asistentes Médicas para que se apoyen entre sí					
5. La presencia del sindicato facilita sus actividades					
6. Realizan juntas con su personal para tratar asuntos de trabajo					
7. Tienen posibilidades de desarrollo dentro del instituto					
8. Atienden a los derechohabientes sólo cuando hay alguna queja					
9. Llegan a acuerdos satisfactorios para ellas y para su personal					
10. Les gustaría tener un representante a nivel delegacional					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
11. Atienden a los derechohabientes antes de que se generen molestias					
12. Se involucran en el área operativa					
13. Les agrada que su categoría pertenezca al personal de base					
14. Portan su uniforme					
15. Les gustaría ser personal de confianza					
16. Cuentan con los conocimientos necesarios para desempeñar su trabajo					
17. Llegan a tiempo a su trabajo					
18. Motivan a su personal para que trate humanamente al derechohabiente					
19. Se les da inducción a su puesto					
20. Preguntan a todos los derechohabientes si ya se les está atendiendo					
21. Cuentan con los insumos indispensables					
22. En situaciones en que se presenta un conflicto con los derechohabientes se aseguran de que se vayan satisfechos					
23. Las Asistentes Médicas informan correctamente a los derechohabientes de los trámites que deben realizar					
24. Las Asistentes Médicas se sienten reconocidas por las autoridades del instituto					
25. Las Asistentes Médicas son amables con los derechohabientes					
26. Las Asistentes Médicas llenan correctamente los diferentes formatos institucionales					
27. Las Asistentes Médicas tienen disponibilidad para trabajar					
28. A las Asistentes Médicas les gusta su trabajo					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
10. La señorita me resolvió todas mis dudas					
11. Se ve que a la señorita le gusta su trabajo					
12. La señorita me informó los procedimientos que debía realizar					
13. La señorita estaba de buen humor cuando me atendió					
14. La señorita fue grosera					
15. La señorita sabe tratar al público					

	Si	No
Conozco a la Coordinadora de Asistentes Médicas		

¿Cómo la identifica?

En los siguientes cuadros se señalan los componentes y reactivos de las subescalas de cada versión del cuestionario ya corregido. Cada versión está compuesta por tres subescalas que miden cada una, la calidad técnica del servicio, la calidad de las relaciones interpersonales del servicio y los obstáculos de la calidad del servicio que en conjunto forman la calidad del servicio.

Cabe mencionar que los componentes de las subescalas varían de una versión a otra debido al tipo de entrevista semi-estructurada que se utilizó.

Cuadro 3.

**COMPONENTES Y REACTIVOS DE LAS SUBESCALAS DEL
CUESTIONARIO VERSION 1 PARA ASISTENTES MEDICAS**

SUBESCALA	COMPONENTES	REACTIVOS	
		Parte I Autoevaluación	Parte II Evaluación Coordinadoras
Calidad Técnica	Actividades obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas.	1, 5	30 y 35
	Funciones Técnico Administrativas.	2, 6, 10, 14	29
	Supervisión.		25, 28, 32 y 34
	Liderazgo.		27 y 31
Calidad de las Relaciones Interpersonales	Grado en que se relaciona la Coordinadora con el derechohabiente.		33
	Calidez en el trato al derechohabiente.	3, 7, 11, 15, 17, 19, 21	26
Obstáculos de la Calidad	Problemas de tipo organizacional.	4, 12, 13 y 18	
	Actitud negativa hacia el trabajo.	9	
	Insatisfacción en el trabajo.	16, 20, y 22	
	Falta de sentido de pertenencia.	23	
	Ambiente laboral desfavorable.	8, 24	

Cuadro 4.

**COMPONENTES Y REACTIVOS DE LAS SUBESCALAS DEL
CUESTIONARIO VERSION 2
PARA COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS**

SUBESCALA	COMPONENTES	REACTIVOS	
		Parte I Autoevaluación	Parte II Evaluación Asistentes M.
Calidad Técnica	Liderazgo	4, 7	
	Supervisión	3, 5 y 8	
	Funciones Técnico Administrativas	11	14, 17 y 19
Calidad de las Relaciones Interpersonales	Calidez en el trato al derechohabiente	10	13
	Grado en que se relaciona con el derechohabiente	12	
Obstáculos de la Calidad	Desmotivación en el trabajo	1, 2 y 6	
	Problemas de tipo organizacional	9	18, 20 y 21
	Actitud negativa hacia el trabajo		15
	Insatisfacción en el trabajo		16 y 22

Cuadro 5.

**COMPONENTES Y REACTIVOS DE LAS SUBESCALAS DEL
CUESTIONARIO VERSION 3 PARA DERECHOHABIENTES**

SUBESCALA	COMPONENTES	REACTIVOS
Calidad Técnica	Funciones Técnico Administrativas	5, 6, 8 y 10
	Actividades obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas	1 y 2
Calidad Interpersonal	Calidez en el trato al derechohabiente	3, 4, 7, 11, 12 y 13
Obstáculos de la Calidad	Conocimiento del derechohabiente de la existencia de la categoría Coordinadora de Asistentes Médicas	14
	Insatisfacción en el trabajo	9

5.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Una vez aplicado el cuestionario a la muestra, se dio inicio al tratamiento estadístico, en el que primeramente se obtuvo un análisis de frecuencias de los datos obtenidos. Para ello se asignaron los valores 5, 4, 3, 2 y 1 a las respuestas siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca respectivamente, como se muestra en las tablas 5, 6 y 7. En este caso el valor 1 significa el polo negativo y el 5 el polo positivo.

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS DATOS GENERALES
CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO VERSION 1 PARA LAS
ASISTENTES MEDICAS**

TIPO DE ENCUESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Asistente Médica	218	100.0
Total	218	100.0

El cuestionario versión 1 se aplicó en la Delegación 2 Noreste del I.M.S.S. a doscientos dieciocho Asistentes Médicas.

EDAD (AÑOS DE SERVICIO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1	1	.5
3	1	.5
4	1	.5
5	1	.5
7	5	2.3
8	10	4.6
9	12	5.5
10	4	1.8
11	10	4.6
12	5	2.3
13	7	3.2
14	10	4.6
15	17	7.8
16	22	10.1
17	17	7.8
18	18	8.3
19	21	9.6
20	7	3.2
21	5	2.3
22	15	6.9
23	13	6.0
24	6	2.8
25	3	1.4

Continúa. .

ANTIGÜEDAD (AÑOS DE SERVICIO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
26	2	.9
27	1	.5
Sin respuesta	4	1.8
Total	218	100.0

M = 16	DE = 5
--------	--------

Los años de servicio en el I.M.S.S., de las Asistentes Médicas oscilaron entre uno y veintisiete, encontrándose la frecuencia más alta en los dieciséis años.

ADSCRIPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
UMF 3	5	2.3
UMF 6	15	6.9
UMF 14	16	7.3
UMF 11	17	7.8
UMF 16	10	4.6
UMF 23	11	5.0
UMF 34	10	4.6
UMF 35	11	5.0
UMF 36	6	2.8
UMF 94	10	4.6
UMF 120	8	3.7
HR PSIQ	2	.9
HGO T	10	4.6
HGR 25	20	9.2
HGZ 27	9	4.1
HGZ 29	10	4.6
HE	15	6.9
HG	9	4.1
HGO 3	9	4.1
HI	4	1.8
UCE	10	4.6
Sin Respuesta	1	.5
Total	218	100.0

Se observa que el Hospital Regional Psiquiátrico tuvo la frecuencia más baja 2 que equivale al .9% y el Hospital General Regional No. 25 la más alta 20 que representa un 9.2%.

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Matutino	115	52.8
Vespertino	95	43.6
Nocturno	3	1.4
Sin Respuesta	5	2.3
Total	218	100.0

El cincuenta y dos por ciento de las Asistentes Médicas fue encuestado en el turno matutino, cuarenta y tres por ciento en el vespertino y el resto en el nocturno.

CURSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si tomó curso	99	45.4
No tomó curso	117	53.7
Sin Respuesta	2	.9
Total	218	100.0

El cuarenta y cinco por ciento de las Asistentes Médicas sí tomo el curso y el resto aún no lo ha tomado.

CATEGORÍA ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Asistente Médica	93	42.7
Aux. de Servicios Básicos	56	25.7
Auxiliar de Enfermería	2	.9
Auxiliar de Dietología	3	1.4
Oficial de Puericultura	14	6.4
Sin Respuesta	50	23
Total	218	100.0

Noventa y tres de las Asistentes Médicas ingresaron al Instituto con tal categoría, mientras que cincuenta y seis de ellas lo hicieron con la categoría de Auxiliar de Servicios Básicos (Intendencia).

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
5	1	.5
8	1	.5
13	1	.5
15	4	1.8
17	3	1.4
18	6	2.8
19	1	.5
20	14	6.4
21	3	1.4
22	13	6.0
23	4	1.8
24	15	6.9
25	21	9.6
26	7	3.2
26	7	3.2
27	1	.5
28	6	2.8
30	12	5.5
34	1	.5
35	4	1.8
36	2	.9
37	1	.5
40	7	3.2
45	1	.5
50	10	4.6
55	2	.9
60	5	2.3
70	7	3.2
75	1	.5
79	1	.5
80	1	.5
90	4	1.8
92	1	.5
95	2	.9
100	11	5.0
110	1	.5
115	1	.5

Continúa . .

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
117	1	.5
120	1	.5
130	2	.9
140	2	.9
150	5	2.3
176	1	.5
180	1	.5
200	4	1.8
210	1	.5
230	1	.5
250	1	.5
280	1	.5
Sin Respuesta	21	9.6
Total	218	100

M = 53	DE = 50
--------	---------

El número de pacientes atendidos diariamente que reportaron las Asistentes Médicas va de cinco a doscientos ochenta. Cabe destacar que en ocasiones la atención del paciente se hace de manera muy superficial por lo que puede ser factible atender a un número muy elevado de pacientes.

Tabla 5.

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LAS ASISTENTES
MEDICAS A LOS 35 REACTIVOS DEL CUESTIONARIO VERSION 1**

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta
REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
1	100	101	13	2	1	1	45.9	46.3	6.0	.9	.5	.5
2	180	30	7			1	82.6	13.8	3.2			.5
3	171	28	14	1		4	78.4	12.8	6.4	.5		1.8
4	2	5	72	57	79	3	.9	2.3	33.0	26.1	36.2	1.4
5	154	51	9	1		3	70.6	23.4	4.1	.5		1.4
6	178	30	9			1	81.7	13.8	4.1			.5
7	155	46	15	1		1	71.1	21.1	6.9	.5		.5
8	76	47	67	15	11	2	34.9	21.6	30.7	6.9	5.0	.9

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
-----------	------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

9	177	30	9			2	81.2	13.8	4.1			.9
10	164	49	4			1	75.2	22.5	1.8			.5
11	166	35	15	1		1	76.1	16.1	6.9	.5		.5
12	9	12	99	61	35	2	4.1	5.5	45.4	28.0	16.1	.9
13	17	48	98	36	15	4	7.8	22.0	45.0	16.5	6.9	1.8
14	139	53	16	6		4	63.8	24.3	7.3	2.8		1.8
15	165	45	7			1	75.7	20.6	3.2			.5
16	171	35	11			1	78.4	16.1	5.0			.5
17	82	62	62	5	5	2	37.6	28.4	28.4	2.3	2.3	.9
18	82	62	62	5	5	2	37.6	28.4	28.4	2.3	2.3	.9

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
-----------	------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

19	136	67	13	1		1	62.4	30.7	6.0	.5		.5
20	190	20	3	3		2	87.2	9.2	1.4	1.4		.9
21	149	52	12	4		1	68.3	23.9	5.5	1.8		.5
22	200	8	7	2		1	91.7	3.7	3.2	.9		.5
23	194	11	9	3		1	89.0	5.0	4.1	1.4		.5
24	115	66	35	1		1	52.8	30.3	16.1	.5		.5
25	62	46	67	22	18	3	28.4	21.1	30.7	10.1	8.3	1.4
26	129	50	28	5	4	2	59.2	22.9	12.8	2.3	1.8	.9
27	108	48	38	12	11	1	49.5	22.0	17.4	5.5	5.0	.5
28	95	57	41	13	11	1	43.6	26.1	18.8	6.0	5.0	.5
29	102	58	41	9	7	1	46.8	26.6	18.8	4.1	3.2	.5

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
-----------	------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

30	123	61	19	10	4	1	56.4	28.0	8.7	4.6	1.8	.5
31	80	38	51	20	27	2	36.7	17.4	23.4	9.2	12.4	.9
32	69	44	51	22	30	2	31.7	20.2	23.4	10.1	13.8	.9
33	13	12	47	46	94	6	6.0	5.5	21.6	21.1	43.1	2.8
34	76	31	69	17	23	2	34.9	14.2	31.7	7.8	10.6	.9
35	179	27	7	3	1	1	82.1	12.4	3.2	1.4	.5	.5

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS DATOS GENERALES
CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO VERSION 2 PARA LAS
COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS**

TIPO DE ENCUESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Coordinadora de Asistentes Médicas	46	100.0
Total	46	100.0

El cuestionario versión 2 se aplicó en Unidades Médicas de la Delegación 2 y 4 del I.M.S.S. a cuarenta y seis Coordinadoras de Asistentes Médicas.

ANTIGÜEDAD (AÑOS DE SERVICIO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
12	1	2.2
15	1	2.2
17	5	10.9
18	2	4.3
19	3	6.5
20	4	8.7
21	7	15.2
22	4	8.7
23	7	15.2
24	7	15.2
25	4	8.7
27	1	2.2
Total	46	100.0

M = 21	DE = 3
---------------	---------------

Los años de servicio en el I.M.S.S., de las Coordinadoras de Asistentes Médicas oscilaron entre uno y veintisiete, encontrándose el promedio en los veintiún años.

ADSCRIPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
UMF 3	1	2.2
UMF 6	1	2.2
UMF 14	2	4.3
UMF 11	1	2.2
UMF 16	2	4.3
UMF 34	2	4.3
UMF 35	3	6.5
UMF 36	1	2.2
UMF 120	2	4.3
HRPSIQ	1	2.2
HGR 25	2	4.3
HGZ 27	2	4.3
HGZ 29	3	6.5
HE	1	2.2
HG	1	2.2
UMF 31	1	2.2
UMF 160	1	2.2
UMF 45	1	2.2
UMF 43	1	2.2
UMF 10	2	4.3
HGZ 32	3	6.5
HGZ 14	1	2.2
UMF 21	2	4.3
HGZ 30	1	2.2
UMF 7	3	6.5
UMF 8	1	2.2
UMF 31	1	2.2
HGZ TRON	2	4.3
Sin Respuesta	1	2.2
Total	46	100.0

El número de Coordinadoras de Asistentes Médicas encuestadas en cada Unidad Médica va de un mínimo de uno a un máximo de tres, es decir, del 2.2% al 6.6%.

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Matutino	25	54.3
Vespertino	21	45.7
Total	46	100.0

El cincuenta y cuatro por ciento de las Coordinadoras fueron encuestadas en el turno

matutino, y el resto en el vespertino.

CURSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
No tomó curso	23	50.0
Si tomó curso	23	50.0
Total	46	100.0

El cincuenta por ciento de las Coordinadoras de Asistentes Médicas si tomó el curso y el resto aún no lo ha tomado.

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	1	2.2
1	3	6.5
2	1	2.2
3	1	2.2
4	4	8.7
5	7	15.2
6	1	2.2
8	1	2.2
10	6	13.0
12	2	4.3
15	2	4.3
17	1	2.2
20	8	17.4
25	3	6.5
30	3	6.5
40	2	4.3
Total	46	100.0

$M = 13$	$DE = 10$
----------	-----------

El número de pacientes atendidos diariamente que reportaron las Coordinadoras de Asistentes Médicas va de uno a cuarenta, encontrándose la frecuencia mayor en veinte.

Tabla 6.

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LAS COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS A LOS 22 REACTIVOS DEL CUESTIONARIO VERSION 2

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta
REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
1	11	11	14	3	7		23.9	23.9	30.4	6.5	15.2	
2	5	13	16	6	6		10.9	28.3	34.8	13.0	13.0	
3	41	5					89.1	10.9				
4	34	9	3				73.9	19.6	6.5			
5	30	10	5	1			65.2	21.7	10.9	2.2		
6	21	4	6	4	11		45.7	8.7	13.0	8.7	23.9	
7	11	26	9				23.9	56.5	19.6			
8	34	8	4				73.9	17.4	8.7			

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
-----------	------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

9	1	13	20	10	1	1	2.2	28.3	43.5	21.7	2.2	2.2
10	28	16	2				60.9	34.8	4.3			
11	25	19	2				54.3	41.3	4.3			
12	18	14	7	2	4	1	39.1	30.4	15.2	4.3	8.7	2.2
13	2	34	10				4.3	73.9	21.7			
14	8	36	2				17.4	78.3	4.3			
15	11	29	5			1	23.9	63.0	10.9			2.2
16	8	9	15	6	8		17.4	19.6	32.6	13.0	17.4	
17	18	23	5				39.1	50.0	10.9			
18	1	1	17	9	18		2.2	2.2	37.0	19.6	39.1	
19	13	26	7				28.3	56.5	15.2			

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
-----------	------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

20		3	16	13	14			6.5	34.8	28.3	30.4	
21	3	30	8	3	1	1	6.5	65.2	17.4	6.5	2.2	2.2
22	7	24	15				15.2	52.2	32.6			

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS DATOS GENERALES
CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO VERSION 3 PARA LOS
DERECHOHABIENTES**

ADSCRIPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
UMF 3	59	2.7
UMF 6	72	3.3
UMF 14	61	2.8
UMF 11	57	2.6
UMF 16	69	3.2
UMF 23	60	2.8
UMF 34	62	2.8
UMF 35	66	3.0
UMF 36	75	3.4
UMF 37	48	2.2
UMF 94	62	2.8
UMF 120	79	3.6
HR PSIQ	4	.2
HGO T	65	3.0
HGR 25	200	9.2
HGZ 27	153	7.0
HGZ29	223	10.2
HE	104	4.8
HG	217	10.0
HGO 3	66	3.0
HI	9	.4
UCE	364	16.7
Sin Respuesta	1	.0
Total	2176	100.0

Los 2176 derechohabientes de la muestra equivalen al 27% de la población total de la Delegación 2. De acuerdo a la distribución por Unidad Médica de los derechohabientes encuestados se observa que la Unidad de Consulta Externa tiene la frecuencia más alta, 364 que equivale a un 16.7%.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Consulta de Medicina Familiar	723	33.2
Consulta Externa de Especialidad	847	38.9
Hospitalización	257	11.8
Urgencias	173	8.0
Servicios de Apoyo	158	7.3
Sin Respuesta	18	.8
Total	2176	100.0

El servicio en el que se encuestó al mayor porcentaje de derechohabientes fue la Consulta Externa de Especialidad. Por otro lado los Servicios de Apoyo ocuparon el menor porcentaje en la muestra.

TURNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Matutino	1318	60.6
Vespertino	835	38.4
Turno nocturno	2	.0
Sin Respuesta	21	1.0
Total	2176	100.0

El sesenta por ciento de la muestra fué encuestada en el turno matutino, treinta y ocho por ciento en el vespertino, y el resto en el nocturno.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
13	2	.1
14	1	.0
15	1	.0
16	7	.3
17	12	.6
18	15	.7
19	19	.9
20	13	.6
21	16	.7
22	44	2.0
23	48	2.2

Continúa .

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
24	33	1.5
25	59	2.7
26	53	2.4
27	60	2.8
28	67	3.1
29	54	2.5
30	68	3.1
31	30	1.4
32	70	3.2
33	60	2.8
34	47	2.2
35	58	2.7
36	63	2.9
37	45	2.1
38	77	3.5
39	44	2.0
40	76	3.5
41	40	1.8
42	45	2.1
43	39	1.8
44	33	1.5
45	53	2.4
46	32	1.5
47	32	1.5
48	56	2.6
49	25	1.1
50	47	2.2
51	20	.9
52	35	1.6
53	40	1.8
54	33	1.5
55	27	1.2
56	28	1.3
57	22	1.0
58	38	1.7
59	25	1.1
60	32	1.5
61	23	1.1
62	24	1.1
63	24	1.1
64	24	1.1

Continúa. .

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
65	29	1.3
66	15	.7
67	13	.6
68	31	1.4
69	9	.4
70	15	.7
71	5	.2
72	14	.6
73	9	.4
74	13	.6
75	12	.6
76	13	.6
77	6	.3
78	6	.3
79	2	.1
81	1	.0
82	1	.0
83	1	.0
84	2	.1
88	1	.0
Sin Respuesta	39	1.8
Total	2176	100.0

M = 42	De = 15
--------	---------

La edad de los derechohabientes osciló entre los trece y los ochenta y ocho años, encontrándose la mayor frecuencia en los treinta y ocho.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Femenino	1481	68.1
Masculino	659	30.3
Sin Respuesta	36	1.7
Total	2176	100.0

El mayor porcentaje de derechohabientes encuestados fue de sexo femenino: 1481 sujetos que representa el 68.1%.

Tabla 7.

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR EL DERECHOHABIENTE A
LOS 14 REACTIVOS DEL CUESTIONARIO VERSION 3**

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta
REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
1	1148	496	371	84	72	5	52.8	22.8	17.0	3.9	3.3	.2
2	1803	205	119	27	15	7	82.9	9.4	5.5	1.2	.7	.3
3	1099	415	450	100	105	7	50.5	19.1	20.7	4.6	4.8	.3
4	940	336	375	131	382	12	43.2	15.4	17.2	6.0	17.5	.6
5	1414	346	294	60	41	21	65.00	15.9	13.5	2.8	1.9	1.0
6	1379	384	300	58	40	15	63.4	17.6	13.8	2.7	1.8	.7
7	1140	405	385	112	127	7	52.4	18.6	17.7	5.1	5.8	.3
8	1148	414	382	112	109	11	52.8	19.0	17.6	5.1	5.0	.5

	RESPUESTAS						RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1	Sin Respuesta	5	4	3	2	1	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA						PORCENTAJE (%)					
-----------	------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

9	1186	384	388	89	110	19	54.5	17.6	17.8	4.1	5.1	.9
10	1210	377	302	101	173	13	55.6	17.3	13.9	4.6	8.0	.6
11	995	433	512	131	93	12	45.7	19.9	23.5	6.0	4.3	.6
12	1607	164	262	52	77	14	73.9	7.5	12.0	2.4	3.5	.6
13	1046	421	487	98	112	12	48.1	19.3	22.4	4.5	5.1	.6

	RESPUESTAS			RESPUESTAS		
	SI	NO	Sin Respuesta	SI	NO	Sin Respuesta

REACTIVOS	FRECUENCIA			PORCENTAJE (%)		
-----------	------------	--	--	----------------	--	--

14	91	2034	51	4.2	93.5	2.3
----	----	------	----	-----	------	-----

Nota: El reactivo 15 se presenta en el análisis de preguntas abiertas.

Con el fin de determinar si la hipótesis que afirmaba que la calidad del servicio proporcionado por las Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas de primero, segundo y tercer nivel a los derechohabientes, mejoraría después de haber cursado el programa de capacitación "Actualización de Asistentes Médicas y Coordinadoras de Asistentes Médicas"; era consistente con los datos obtenidos en la muestra, se aplicaron a los resultados recogidos del cuestionario versión 1 y 2, las pruebas estadísticas U Mann Whitney y Wilcoxon en las que se encontró lo siguiente:

Cuadro 6.

CUESTIONARIO VERSION 1 PARA ASISTENTES MEDICAS

1ª Parte. Autoevaluación

Subescala	Media de los Rangos		U Mann Whitney	Wilcoxon	Z	Nivel de Signifi- cancia
	Grp. Capacitado	Grp. No Capacitado				
Autoevaluación Total de la Calidad del Servicio	102.38	97.12	4646.0	8741.0	.6413	.5213
Calidad de las Relaciones Interpersonales	109.86	103.64	5306.0	10157.0	-.7617	.4463
Calidad Técnica	109.36	101.97	5133.5	9789.5	-.8921	.3723
Obstáculos de la Calidad	105.38	98.99	4829.0	9107.0	-.7720	.4401

Como se aprecia en el cuadro No. 6, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en el grupo capacitado y no capacitado de las Asistentes Médicas, en relación con su autoevaluación general y con cada uno de sus elementos por separado: calidad de las relaciones interpersonales, calidad técnica y obstáculos de la calidad.

Cuadro 7.

CUESTIONARIO VERSION 1 PARA ASISTENTES MEDICAS

2ª Parte. Evaluando a la Coordinadora de Asistentes Médicas

Subescalas	Media de los Rangos		U. Mann Whitney	Wilcoxon	Z	Nivel de Signifi- cancia
	Gpo. Capacitado	Gpo. No Capacitado				
Evaluación Total de la Calidad del Servicio de la Coordinadora	99.55	108.30	4808.5	1 0071.5	-1.0491	.2941
Calidad de las Relaciones Interpersonales	106.03	104.88	5412.0	10068.0	-1.1449	.8848
Calidad Técnica	101.42	111.48	4993.5	10702.5	-1.1949	.2321

Por lo que se refiere a la evaluación que hicieron las Asistentes Médicas a sus Coordinadoras, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo capacitado y no capacitado con respecto a la evaluación total y a cada uno de sus elementos.

Cuadro 8.

**CUESTIONARIO VERSION 2 PARA COORDINADORAS DE ASISTENTES
MÉDICAS**

1ª. Parte. Autoevaluación

Subescalas	Media de los Rangos		U Mann Whitney	Wilcoxon	Z	Nivel de Signifi- cancia
	Grp. Capacitado	Grp. No Capacitado				
Autoevaluación Total de la Calidad del Servicio	29.87	15.82	95.0	398.0	-3.5986	.0003
Calidad de las Relaciones Interpersonales	28.48	17.27	127.0	380.0	-2.9345	.0033
Calidad Técnica	27.35	19.65	176.0	452.0	-1.9919	.0464
Obstáculos de la Calidad	30.15	16.85	111.5	387.5	-3.3864	.0007

El cuadro no. 8, muestra los resultados obtenidos al comparar al grupo capacitado y no capacitado de las Coordinadoras de Asistentes Médicas, utilizando las pruebas U Man Whitney y Wilcoxon, en donde se aprecian diferencias estadísticamente significativas en relación a la autoevaluación que ellas hacen de la calidad de su servicio, que varían de .0003 a .0464.

Cuadro 9.

CUESTIONARIO VERSION 2 PARA COORDINADORAS DE ASISTENTES

MEDICAS

2ª Parte. Evaluando a la Asistente Médica

Subescalas	Media de los Rangos		U- Mann-Whitney	W-coxon	Z	Signifi- cancia
	Grp. Capacitado	Grp. No Capacitado				
Evaluación de la Calidad del Servicio de la Asistente M.	24.15	20.69	203.5	434.5	-.8968	.3698
Calidad de las Relaciones Interpersonales	26.20	20.80	202.5	602.5	-1.7791	.0752
Calidad Técnica	26.54	20.46	194.5	610.5	-1.5897	.1119
Obstáculos de la calidad	23.57	21.33	217.0	448.0	-.5797	.5621

Por otro lado, al comparar los resultados de la evaluación que las Coordinadoras de Asistentes Médicas realizaron con respecto a la Asistente Médica, no señala diferencias significativas entre el grupo capacitado y no capacitado de Coordinadoras, ni en su totalidad, ni en cada uno de sus elementos.

Por lo que se refiere a las respuestas de las preguntas abiertas del cuestionario versiones 1 y 2 correspondientes a los comentarios de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras respectivamente, fueron sometidas a un análisis de contenido, a través del cual, se clasificaron dentro de los siguientes temas: Asistentes Médicas, Coordinadoras de Asistentes Médicas, obstáculos de la calidad del servicio, programa de capacitación y cuestionario.

Igualmente, las respuestas correspondientes a las sugerencias hechas por el derechohabiente en la versión 3 del cuestionario, se clasificaron dentro de los siguientes rubros: servicio en general del instituto, servicio en general de la Asistente Médica, calidad técnica, calidad de las relaciones interpersonales y obstáculos de la calidad del servicio de la misma; y cuestionario. Además de las sugerencias, se analizaron las respuestas al reactivo 15, cuyo objetivo era evaluar la forma en que el derechohabiente identifica a la Coordinadora de Asistentes Médicas. Cabe mencionar que las respuestas a este reactivo fueron proporcionadas por derechohabientes que dijeron conocer a la Coordinadora, los cuales no ascendieron a más del 4.2%.

**ANALISIS DE CONTENIDO DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS DEL
CUESTIONARIO
VERSION 1 PARA ASISTENTES MEDICAS**

Comentarios

Asistentes Médicas		Frecuencia
Gpo. Capacitado	No se reconoce nuestro trabajo	//////
	Damos lo mejor de nosotras al Instituto	//
	Unicamente se toman en cuenta nuestros errores y se nos critica duramente	/
	¿Qué apoyo tenemos cuando un paciente nos agrade?, siempre se le da la razón	/
	Se necesita alguna estrategia para que las compañeras Asistentes Médicas comprendan que el buen trato al derechohabiente es muy importante	/
	Si todas amaramos nuestro trabajo, nuestros semejantes serían maravillosos y todo sería armonía en el trabajo	/
	Las compañeras Asistentes Médicas deberían estar conscientes de que su trabajo es uno de los más importantes dentro del Instituto	/
	Hay nuevas compañeras Asistentes Médicas que desconocen muchos detalles del área	/
	Las compañeras Asistentes Médicas deben ser más respetuosas con la Coordinadora	/
	Las compañeras Asistentes Médicas deben portar el uniforme	/
	Se necesita más unión y cooperación entre las Asistentes Médicas	/
Gpo. No Capacitado	Falta iniciativa y cooperación entre las Asistentes Médicas	/
	Que se nos den estímulos económicos como a los Médicos	/
	Me considero buena trabajadora	/
	No todas las Asistentes Médicas son iguales con respecto al trato que dan a los derechohabientes y a la forma de realizar su trabajo	/
	Me gusta mi trabajo	///
Necesito mi trabajo	/	

Coordinadoras de Asistentes Médicas		Frecuencia
Gpo. Capacitado	No la soporto	/
	Debe involucrarse más en el trabajo de las Asistentes Médicas	//
	Debe dar más atención a las Asistentes Médicas	/
	La Coordinadora y la Asistente Médica deben coordinarse mejor para trabajar	/
	Deben tomar cursos de su área y de manejo de personal	/
	Propicia que no haya compañerismo entre las Asistentes Médicas por los favoritismos que hace	/
	Falta más apoyo de su parte	//
	Necesitamos apoyo de los jefes inmediatos	///
	Atienden a los derechohabientes cuando se requiere	/
	Debe supervisar con más frecuencia nuestro trabajo	/
	El tiempo que lleva en la Unidad Médica es muy poco para poderla calificar	/
	Me gusta como trabaja	/
	Deben ser seleccionadas con base a un efectivo concurso	/
Hace bien su trabajo	/	
Gpo. No Capacitado	Que llegue oportunamente a supervisar el área de trabajo de las Asistentes Médicas	/
	Que apoye el control de la señorita ausente y no delegue esta responsabilidad a otra Asistente Médica	/

Continúa . .

Coordinadoras de Asistentes Médicas		Frecuencia
Gpo. No Capacitado	Que se realicen juntas de trabajo con más frecuencia para tratar la problemática cotidiana y así mejorar la calidad del servicio y las condiciones generales de trabajo	/
	Que resuelva las dudas de las Asistentes Médicas	/
	Que sea capaz de llevar buenas relaciones con las personas	/
	Que tenga criterio propio	/
	Que no deleguen responsabilidades las Coordinadoras en las Asistentes Médicas	/
Obstáculos para la calidad del servicio		Frecuencia
Grupo Capacitado	El Instituto debe dar mayores incentivos a las Asistentes Médicas por ser personal clave en la imagen que del Instituto tiene el derechohabiente.	//
	Me siento bien trabajando en el I.M.S.S., pero con todas las carencias y limitaciones del Instituto y con todo lo que dice de nosotras el director...	/
	El Instituto debe poner más atención a la categoría de Asistente Médica	///
	Existen muchos errores en el archivo que perjudican nuestro trabajo	/
	Tenemos exceso de trabajo	///
	Falta material para trabajar	//
	Falta personal	/
	Se necesita mejorar la calidad del uniforme	//
	El uniforme es muy transparente	/
	No se atienden todas las solicitudes de los derechohabientes por falta de lugar en la agenda	/
Necesitamos insumos suficientes: teléfonos, máquinas de escribir, papelería, sillas en los controles	/	
Grupo. No Capacitado	La falta de material afecta la calidad del servicio	////
	Se necesitan más insumos:	
	- medicamentos, carnets, sábanas	/
	- papel y material	//
	- sillas para las Asistentes Médicas	/
	- máquinas, perforadora, engrapadora, correctores	/
	- módulos para las Asistentes Médicas que puedan cerrarse	/
La falta de entrega oportuna de expedientes por parte del archivo retrasa nuestro trabajo	/	
El Instituto debe contratar más personal	/	
Programa de capacitación		Frecuencia
Gpo. Capacitado	Es importante que lo tomen las Asistentes Médicas	/
	Beneficia a las Asistentes Médicas	/
	Es importante que lo tomen las Coordinadoras	/
	Necesita destinar más tiempo para los temas sobre relaciones humanas	//
	Deben crearse cursos para aprender a tratar al público	/
	Para que se cumpla el objetivo del curso, se debe involucrar efectivamente a todo el personal	//
	Es conveniente incrementar la frecuencia de este tipo de cursos	/
	Me gustaría tomar un curso igual	/
	Los cursos de actualización y calidad deberían ser obligatorios	/
Necesitamos que se nos siga actualizando a través de cursos	//	

Continúa . .

Programa de capacitación		Frecuencia
Grupo Capacitado	El curso me sirvió para:	/
	- conscientizarme de la importancia que tiene nuestro trabajo y de que somos la presentación del Instituto	//
	- actualizarme en el área de trabajo	/
	- aprender a relajarme	/
	- conocer compañeras nuevas	/
	- mi vida familiar	/
	- mi vida diaria	//
	No debe causar la falta de personal en la Unidad Médica	//
	Los cursos de calidad deben destinarse para toda el área médica	/
	Los cursos deben impartirse primero a los jefes	/
	Es difícil de llevarlo a la práctica	/
	Que se impartan más frecuentemente cursos de actualización	////
	Los temas del curso deben ser para todos, incluso para los derechohabientes	/
	La motivación, el reconocimiento, la comunicación y los cursos siempre son buenos	/
	Es importante que lo tomen las Asistentes Médicas	/
Que se siga actualizando a la categoría a través de cursos	/	
Los temas del curso se imparten muy rápido y no se alcanza a comprender todo	/	
Ojalá cada punto del curso se ampliara más tiempo	/	
Que se impartan más cursos de relaciones humanas	//	
Gpo. No Capacitado	Me denigran sus cursos aburridos	/
	Todos los cursos son buenos porque aprendemos de ellos	/
	Que se incluya al personal 08 en los cursos	/
	Que nos manden a cursos de capacitación	//
	Que se nos dé aviso de los cursos que se imparten	/
	Que los cursos puedan llevarse a la práctica	/
	Los cursos favorecen a las Asistentes Médicas	/
	Necesitamos cursos de actualización y de motivación	//
Me gustaría ir al curso	/	

Cuestionario		Frecuencia
Grupo Capacitado	Me parece un medio a través del cual me puedo expresar	/
	Me hizo sentir orgullosa de ser Asistente Médica	/
	Me motiva a trabajar en equipo	/
	El cuestionario es muy general, debe hacer preguntas más específicas	//
	El cuestionario debería de ser personal	///
	Espero que el cuestionario tenga un buen objetivo pues es interesante el formulario de preguntas	/
	Por favor no me pongan en dilemas	/
Gpo. No C.	Me parece bien que hagan este tipo de encuestas porque así detectamos áreas o situaciones problemáticas que podemos resolver	/

Sin comentarios. . .		Frecuencia
Grupo. Capacitado		90
Grupo. No Capacitado		123

VERSION 2 PARA COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS

COMENTARIOS

Asistentes Médicas		Frecuencia
Grupo Capacitado	Por una o dos personas que no cumplen no se puede generalizar a todo el equipo de trabajo	/
	El ausentismo programado y no programado provoca la apatía de las Asistentes Médicas	///
	La falta de apoyo de los Jefes de los servicios provoca una actitud negativa en las Asistentes Médicas	/
	Muchas tienen más estudios que el promedio y esto origina que estén descontentas con su trabajo	//
	La falta de papelería y de material impide que las Asistentes Médicas realicen su trabajo con absoluta calidad	///
	Tengo personal muy competente pero le falta ser amable con el derechohabiente y con sus compañeras	/
	La Asistente Médica está muy desmotivada	/
	Han mejorado en los aspectos técnicos	/
Gpo. No Capacitado	Son amables	/
	Cuando son conscientes no faltan	/
	Necesitan más capacitación para que mejoren en el trabajo y para que se motiven	/
	Las deficiencias en otras áreas obstaculizan su trabajo	/

Coordinadoras de Asistentes Médicas		Frecuencia
Grupo Capacitado	Sólo a veces realizo juntas de trabajo con mi personal porque la oficina es muy pequeña y si nos vamos al auditorio tenemos que dejar sólo el servicio, lo cual ocasionaría problemas	/
	Hay ocasiones en las que se les llama a junta a las Asistentes, y "x" señorita no viene, entonces se distorsiona la información	/
	El personal y yo intercambiamos situaciones en las que hay dudas y las resolvemos juntas	/
	Me gustaría contar con el apoyo de los directivos para motivar a las Coordinadoras y a las Asistentes Médicas	/
	Tratamos de ser lo más amables que podemos con el derechohabiente con los recursos humanos y el material con el que contamos	/
	Es necesario que la imagen negativa del área se modifique	/
Gpo. No Capacitado	Estamos desmotivadas por la falta de reconocimiento a nuestro trabajo	/
	Nos hace falta disponibilidad, educación y una actitud más positiva	/
	A nuestra categoría no se le da la importancia que tiene	/
	Tenemos mucha disponibilidad para trabajar	/

Obstáculos para la calidad del servicio		Frecuencia
Grupo Capacitado	El tiempo que tiene que esperar el derechohabiente para que se le elabore su expediente se prolonga más de tres horas, lo cual es causa de molestias	//
	Que se cubran las plazas	/
	Me agrada que el área de capacitación si nos tome en cuenta porque las demás áreas no lo hacen	/
	El motivo por el que teníamos sobre carga de trabajo eran las incapacidades y las plazas no cubiertas	/
	Es difícil que podamos reunirnos porque en el hospital hay mucha carga de trabajo	/

Continúa . .

Obstáculos para la calidad del servicio		Frecuencia
Gpo. No Capacitado	La falta de material y papelería necesaria para trabajar afecta el trabajo	/
	La carga de trabajo no nos permite realizar el trabajo con calidad	//
	Hacen falta más Coordinadoras	/
	Los tiempos de espera siguen iguales aún cuando se está trabajando con citas previas	/
	El Instituto debe procurar que la Asistente Médica tenga una actitud positiva	/
	Hace mucha falta la comunicación con el jefe de Departamento Clínico, este no asume su responsabilidad como nuestro jefe inmediato	/
	No contamos con el apoyo de los jefes	/

Programa de capacitación		Frecuencia
Grupo Capacitado	Las Asistentes Médicas regresan del curso muy motivadas y cuestionan sobre la falta de material	/
	Las Asistentes Médicas que han recibido el curso han hecho muy buenos comentarios respecto al mismo	/
	Hay Asistentes que han modificado un poco su conducta después de tomar el curso, vamos por buen camino	/
	Que se sigan impartiendo cursos para el área, para que se siga motivando al personal	////
	Me gustaría que se impartieran cursos de mejora continua y de recursos humanos	/
	Los programas de mejora continua son percibidos por las Asistentes como más carga de trabajo que acepta la Coordinadora para su personal y más aún lo toman como que la Coordinadora no defiende los intereses del grupo ante las autoridades por lo que no realizan con agrado las actividades que se incluyen en estos programas	//
	Para los próximos cursos sobre calidad y mejora continua: es insuficiente la explicación que nosotras le damos al personal, se requiere que se les involucre un poco más	/
	Se requiere incrementar la capacitación	//
Gpo. No Capacitado	Que la capacitación abarque a todas las Coordinadoras para beneficio de la categoría y del Instituto	/
	Se necesita más capacitación para las Coordinadoras para que a su vez podamos capacitar al personal a nuestro cargo	/
	Necesitamos más capacitación para actualizarnos	///
	Necesitamos un curso en el momento en que se nos cambia de Asistente Médica a Coordinadora	/

Sin comentarios . . .		Frecuencia
Grupo Capacitado		3
Grupo no Capacitado		10

VERSION 3 PARA DERECHOHABIENTES

SUGERENCIAS

Servicio en general del Instituto	Frecuencia
El servicio es excelente	4
Que se mejore el servicio	61
Me siento afortunada por tener I.M.S.S.	1
No me puedo quejar del I.M.S.S.	4
El trato ha mejorado y el servicio también	6
El servicio de la Unidad Médica Familiar No. 94 es pésimo	2
Buen servicio en Pediatría	1
Los trámites que deben realizar los derechohabientes de la tercera edad deberían ser realizados por el personal del Instituto, ellos no pueden	1
Que se le dé atención preferencial a los derechohabientes de la tercera edad	2
Que el trato sea más personalizado	9
No funcionan las citas por teléfono	1
Que las citas se hagan vía telefónica	1
Se necesita un buzón de sugerencias	3
Que se den pláticas de salud mientras se espera la consulta	1
Que se nos informen nuestros derechos y con quién podemos quejarnos	1
Que se especifiquen bien las normas a seguir	1
Las cosas se han deteriorado con el tiempo	1
El horario de atención debe ser más flexible	4
Que se dé al paciente 10 o 15 minutos de tolerancia para llegar a su cita	1
Que se nos informe el horario de descanso de las señoritas Asistentes Médicas	1
Que pongan televisiones para amenizar el tiempo de espera	1
Que pongan televisiones con videos educativos	2
A los derechohabientes se nos exige mucho pero no se nos cumple	6
Que el derechohabiente tenga la opción de cambiar de Médico y de Asistente Médica	1
Que los derechohabientes se quejen	1
Que los procedimientos que debe realizar el derechohabiente para que se le dé consulta sean más prácticos	7
Para que doy sugerencias si no hacen caso	2
El personal de vigilancia es muy grosero	4
Que se realicen los estudios en la misma Unidad Médica	1
Que los estudios los entreguen a tiempo	2
Que mejore la atención en el laboratorio	4
Que se solicite credencial de elector en la entrada	1
Que se de solución a la problemática de los pacientes	1
Que se vigile y controle el servicio de urgencias	1
Que no amortajen a los cadáveres en frente de los pacientes	1
Que el servicio de ambulancias sea oportuno	1
Que la ropa de los enfermos esté limpia y nueva	1
Que se mejore el traslado de los enfermos de un piso a otro	1
Que no lo tomen de mensajero al derechohabiente	1

Servicio en general de la Asistente Médica	Frecuencia
Excelente su servicio	14
Muy bien su servicio	5
Que sigan como hasta ahora	157
Han mejorado	6
Algunas son buenas, otras no	5

Continúa . .

Servicio en general de la Asistente Médica	Frecuencia
No funcionan	1
Que atiendan más rápido	33
Las señoritas tardan porque tienen mucha gente	17
Tanto los derechohabientes como las Asistentes deben de cambiar su actitud	1

Calidad Técnica del servicio de la Asistente Médica	
* Funciones Técnico Administrativas	Frecuencia
Que organicen mejor la consulta para que el paciente no pierda tanto tiempo	8
Que tengan más organización en el manejo de los carnets	1
Que organicen mejor su trabajo	19
Que proporcionen la información que el derechohabiente requiere	68
Que conozcan más su trabajo	4
Que den mejor información	50
Que contesten los teléfonos para sacar cita por teléfono	1
Que haya más coordinación entre el Médico y la Asistente Médica	4
Que estudien y se superen para que den un mejor servicio	2
Que las señoritas no inyecten	1
Que se mejore la coordinación entre las Señoritas del turno matutino y vespertino	1
*Actividades Obligatorias que no forman parte de las funciones Técnico Administrativas	Frecuencia
Que asistan a trabajar	4
Que lleguen puntualmente a trabajar	41
Que usen su uniforme para poderlas identificar	9
Que estén en su lugar	57
Que no se retiren a tomar el café	1
Que respeten los horarios de comida	1
Que no tomen más tiempo que del asignado para desayunar	1
Que cumplan con su trabajo	17
Que dejen de comer en horas de trabajo	3
Que dejen de platicar y atiendan a los derechohabientes	14
Que pongan más atención a su trabajo y no sean descuidadas o distraídas	18
Necesitan cambiar su imagen	1
Que mejoren su presentación	2
Deben traer su identificación a la vista	1
Que no tengan preferencia por algunos pacientes conocidos	10
Que tengan disponibilidad para trabajar	2
Que no fumen	1
Que no estén chacoteando con señores	1
Que tengan disponibilidad para dar más de lo que les corresponde	1

Calidad de las Relaciones Interpersonales de la Asistente Médica	Frecuencia
Que saluden	6
Que sean sensibles para tratar a los enfermos	40
Que no sean mecánicas en su trato	5
Que sean más amables	192
Que mejoren su actitud	2
Que le brinden confianza a los derechohabientes	15
Que hablen más fuerte	1
Que lo traten con buen humor	23
Que tengan paciencia	10
Que no sean groseras	59

Continúa .

Calidad de las Relaciones Interpersonales de la Asistente Médica	Frecuencia
Que no sean prepotentes, se creen dueñas del I.M.S.S.	3
Que se detecten a las que son groseras y a las que no lo son	5
Que tengan conciencia de su misión dentro del Instituto y que tengan vocación para dicha misión	8
Que tengan disponibilidad para pasar a los derechohabientes al médico	4
Como hay mucha gente, se ponen de mal humor	1
Que me llame por mi nombre	3
Que tenga más contacto con el derechohabiente	2
Que sonrían	2

Obstáculos de la Calidad del servicio de la Asistente Médica	Frecuencia
* Estructura Organizacional	
Que el I.M.S.S. deje de ser burócrata	4
Que se mejoren los aspectos administrativos	1
Que se agilicen los trámites	5
Que disminuya la gente que se atiende	5
Que exista más comunicación entre las áreas de servicios	1
Todo el personal requiere de más supervisión	1
Que el personal no traiga a sus hijos	1
Que se coordinen mejor los enlaces de turno	2
Que no le cambien al paciente el Médico porque se pierde el seguimiento del tratamiento	4
Los estudios que ordena el Médico, siempre los entregan incompletos	1
Que se cubran los lugares de los Médicos ausentes	2
Que aumenten el número de Médicos	3
Faltan Médicos para los días en que el número de derechohabientes aumenta	1
Que el diagnóstico sea rápido	1
Que el expediente clínico sea trasladado por personal del Instituto	10
Que el archivo entregue los expedientes oportunamente	15
Que se cuiden los expedientes para que no se extravíen	10
Que se les den incentivos a las Asistentes Médicas	2
Que las autoridades motiven a las Asistentes Médicas para que cambien su actitud	2
Que se evalúe a las Asistentes Médicas para ver si realmente son aptas para el puesto que desempeñan	7
Que cambien a las Asistentes Médicas y que se busquen personas más aptas para ocupar el puesto, personas a las que sí les guste tener trato con el público usuario	38
Que se les den cursos a las Asistentes Médicas para que aprendan a tratar correctamente al público usuario	81
Que se supervise más el trabajo de las Asistentes Médicas	3
Que se cubran los lugares de las Asistentes Médicas cuando éstas se ausenten	11
Que les aumenten el sueldo a las Asistentes Médicas	1
Que se amplíe el número de Asistentes Médicas porque no se dan abasto	15
Que no se les cambie de consultorio a las Asistentes Médicas	4
* Tiempos de espera	
Que el diferimiento de las citas sea más corto	9
Que se disminuya el tiempo de espera	106
Que se respete el horario de las citas	37
Que respeten el orden de los carnets	2
Que el servicio de urgencias sea más rápido	2
Que el personal de la clínica no le haga a uno perder el tiempo	1
Que se dé una atención oportuna	4

Continúa . .

* Insumos	Frecuencia
Que se surtan más medicamentos	20
Que no escaseen las vacunas	2
Se necesita que se surta de más material y equipo médico	6
* Ambiente Físico	Frecuencia
Que haya mejor ventilación	1
Que haya más asientos	2
Que las sillas estén en buen estado	1
Que los asientos sean cómodos	1
Que se mejore la limpieza del piso	2
Que se mejore la limpieza en los baños	1
Que se mejore la limpieza en las habitaciones	1
Que no haya cucarachas	1
Que los señalamientos sean más vistosos	1
Que coloquen más señalizaciones en la clínica	1
Que se arregle el inmueble	1
Que hagan otro hospital	1
Que se prendan las escaleras eléctricas	1
* Médicos	Frecuencia
Que los Médicos de dental mejoren su actitud	2
Que lleguen temprano	16
Los problemas son con los Médicos, no con las Asistentes Médicas	3
No dan una atención adecuada	8
Que agilicen su consulta	3
Que no sean groseros	7
Que tomen cursos sobre enfermedades y tratamiento	1
Que porten su uniforme	1
Que los cambien por otros con más capacidad	1
Que mejoren su trato	3
Buen trato de los Médicos	3
Que los Médicos no sean practicantes	2

Questionario	Frecuencia
Que sigan dando seguimiento a las Asistentes Médicas como hasta ahora	3
Si realmente hicieran caso a nuestras sugerencias, el I.M.S.S. sería otro	1
Que se tomen en cuenta las opiniones	3
Me siento alagado por esta encuesta	1
Que se apliquen éstas encuestas para los Médicos	1
Que se realicen más encuestas	1
Que hagan éstas encuestas al personal de archivo	1

Sin sugerencias	Frecuencia
	1121

Reactivo 15: ¿Cómo identifica a las Coordinadoras de Asistentes Médicas?

	Frecuencia
Porque le da solución a mis problemas	6
Porque supervisa a las Asistentes Médicas	7
Porque fui a quejarme de la asistente Médica	3
Porque nos pregunta cómo nos están atendiendo	1
Porque se presenta con nosotros	3

Continúa . .

	Frecuencia
Porque pregunta en que le puede servir a uno	1
Porque ella me atendió	5
La busqué en su oficina	6
Es más amable que las demás	3
Cuando no viene el médico ella es quien nos canaliza a otro consultorio	1
Porque orienta al derechohabiente	1
Porque se ve que es exigente	1
Por el consultorio	2
Por la bata verde	11
Porque escuché que ella es su jefe	1
Porque es la que sé que está en su lugar	1
No se logra una identificación física porque porta el mismo uniforme que la Asistente Médica	1
Porque acudo frecuentemente a la clínica	4
Porque ella atiende el consultorio cuando la señorita no viene	3
Porque mi mamá trabaja en el Instituto	1
Por sus características físicas	5
Le falta capacidad para resolver problemas	1
Porque porta el uniforme	1
La conocí cuando estaba hospitalizada	1
Porque tiene pocos errores	1
Como una persona responsable	1
Le comenté un problema de diagnóstico	1
Sé que tienen un jefe superior	9
Trae un distintivo	1
Trae su gafete	2
Trabajé en la Unidad Médica	1
Que se sienten en los controles para que detecten las fallas	1
Que se le de a conocer al derechohabiente quien es la Coordinadora	1
Me gustaría saber que hace la Coordinadora	1

CONCLUSIONES

La capacitación impartida dentro del ámbito laboral se ha llevado a cabo desde la antigüedad como un medio para engrandecer la fuerza de trabajo y en consecuencia la riqueza de los pueblos.

El progreso de la sociedad industrial impulsó aún más la capacitación del recurso humano ya que con él creció el interés de las empresas por elevar la calidad en sus productos o servicios, a través de maximizar la eficiencia de los empleados.

En efecto, la capacitación juega un papel muy significativo en la dinámica de las organizaciones en tanto que es uno de los medios que permiten generar cambios para incrementar su productividad, y abrirles así el camino para competir en el mercado mundial. Sin embargo, aunque la capacitación favorece la modificación de conducta de los empleados, no sirve por sí misma como un medio de control que garantice dicha modificación, en consecuencia quienes se dedican a su estudio, han diseñado distintos métodos para evaluarla. La Administración por su parte propone verificar el cumplimiento de sus objetivos considerando diferentes aspectos, tales como el área de aprendizaje a evaluar, el grupo de personas a quienes se desea dirigir, el momento en que se pretende realizar, etc.

Paralelamente al estudio de la capacitación, se han desarrollado por un sin número de autores, distintas aproximaciones sobre como lograr la calidad en los productos o servicios.

Es evidente que la mayor parte de la investigación que se ha hecho sobre la calidad está enfocada a los productos y no a los servicios. Esto de ninguna manera se debe a la casualidad, el suministro de servicios incluye elementos subjetivos tanto de parte del proveedor, como del cliente que dificultan el control, la evaluación y la garantía de su calidad.

Las diferencias del comportamiento de la variable calidad en distintos ramos de la industria son importantes pues mientras un producto cuenta con dimensiones exactas y dura por lo general un tiempo considerable, el servicio es fugaz, se da en un aquí y ahora, es decir se fabrica al mismo tiempo que se presta, es intangible y es difícil controlar su calidad antes de que éste se proporcione al cliente.

Quizá la gran diferencia que resume lo anterior, estriba en el contacto “cara a cara” que se establece con el usuario, quien no recibe una caja con una nota, sino el trato de un ser humano especializado en un determinado servicio.

Las características que describen la calidad en los servicios, se acentúan especialmente en el sector salud, en donde la dimensión interpersonal es tan relevante como la que se refiere a cuestiones técnicas, no obstante, la tendencia que este sector heredó del manufacturero lo han inclinado a darle mayor peso a las mejoras en cuanto al aspecto técnico, dejando de lado el trato que brinda el personal.

Por lo que se refiere a las instituciones públicas de salud en México, éstas siguen existiendo como grandes organismos burocráticos, que al no tener competencia, dejan todavía mucho que desear con relación a las dos dimensiones de la calidad ya mencionadas. Pareciera que el servicio en estas instancias se limita únicamente a “despachar”; la estructura que les da soporte a nivel normativo y operativo es reactiva, las políticas obstaculizan el trabajo de los empleados, lo cual genera insatisfacción tanto en éstos, como en los usuarios. Poco a poco los trabajadores son contagiados con los vicios que arrastran las instituciones, se vuelven apáticos, groseros y poco cálidos con los usuarios, no les interesa trabajar en equipo, cada quien ve por su conveniencia sin tomar en cuenta a los compañeros, al jefe lo aguantan y algunas veces lo odian por su falta de liderazgo.

En el caso particular del I.M.S.S., son muchos los esfuerzos que se vienen realizando por modernizar y mejorar la calidad del servicio, sin embargo, es innegable que la reacción que ha tenido frente a la revolución de la administración, ha sido lenta, tímida e insuficiente. En consecuencia, la rapidez con que se ha transformado el país a partir de la apertura de mercados, ha superado en mucho a la capacidad del instituto para adaptarse a las nuevas tendencias mundiales, prueba fehaciente de ello es que hasta después de seis años de la firma del tratado de libre comercio con E.U. y Canadá, el instituto creó la Dirección de Organización y Calidad con el objetivo de dirigir la aplicación del Plan Integral de Calidad (PIC) que pretende, entre muchas otras cosas, volcar las metas de la capacitación de los empleados hacia una cultura de calidad en todo el organismo.

Las dificultades que enfrenta el establecimiento de sistemas de calidad en las empresas e instituciones de servicios se extienden a su evaluación, ya que ésta generalmente se tiene que realizar a través de medios indirectos y subjetivos.

La investigación realizada por la Administración en el campo de la salud se ha preocupado por proponer alternativas que contribuyan a dicho fin, entre las que destacan el modelo de valoración estructura-proceso-resultados de la calidad del servicio (Donabedian, 1980). Dicho modelo ha desencadenado una serie de estudios que se han inclinado a evaluar únicamente algunos componentes del proceso, sin tomar en cuenta el desempeño del personal administrativo como parte del mismo y en consecuencia, se ha ignorado el factor interpersonal de la calidad del servicio.

Estas deficiencias son superadas por el modelo metodológico propuesto por Salinas, Laguna y Mendoza (1994), el cual nos permitió conocer si la calidad del servicio de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras, en su dimensión técnica e interpersonal señalada por Donabedian, había mejorado después de ser capacitadas. Para ello se tomaron en cuenta los componentes, que según los grupos involucrados en la calidad del servicio, definían a ésta variable, y posteriormente se compararon dichos componentes entre un grupo capacitado de Asistentes Médicas y de Coordinadoras con uno no capacitado de cada categoría; en otras palabras, la evaluación de la calidad del servicio se llevó a cabo, valga la redundancia, a través de una evaluación previa de los elementos o medios que ciertamente representarían a la variable en cuestión, a partir de la cual se elaboró el instrumento de medición correspondiente que tomó en cuenta la opinión tanto de los que reciben, como de los que proporcionan el servicio.

En este sentido, vale la pena destacar que la subjetividad de los medios indirectos (componentes de las subvariables calidad técnica, calidad de las relaciones interpersonales y obstáculos de la calidad que consideraron las Asistentes Médicas, sus Coordinadoras y los derechohabientes) que se utilizaron para evaluar la calidad del servicio, se trató de controlar a través del diseño multidimensional de la muestra que propone el modelo ya señalado y que incluye no sólo a los usuarios, sino también a los prestadores del servicio.

Por otro lado la evaluación propuesta por Rosete y Dorianio (1991), contribuyó a conocer los resultados a mediano plazo de la capacitación en términos de su aplicación

sobre la calidad del servicio de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras, con lo cual la institución tuvo la posibilidad de justificar objetivamente los esfuerzos y costos que implicó.

Como es de suponerse el instituto esperaba verse favorecido con la impartición del programa en cuestión en lo que se refiere a la calidad del servicio del personal ya mencionado, lo que a su vez contribuiría a mejorar la imagen del instituto.

Al respecto los resultados de la evaluación indican que el programa de capacitación no influye suficientemente ni en la autoevaluación que hacen las Asistentes Médicas sobre la calidad de su servicio, ni en la evaluación que les hacen sus Coordinadoras. Dichos resultados apoyan la teoría de Arias (1994), que señala que además de la capacitación, existen otras variables que pueden influir positiva o negativamente sobre la calidad del servicio. Desafortunadamente el que presta la Asistente Médica se ve afectado por diversos factores, algunos de ellos coinciden con los motivos que propone Denton (1991), para explicar la mala calidad en los servicios, mismos que se exponen a continuación:

- Las Asistentes Médicas no son seleccionadas adecuadamente. En general su nivel académico es bajo y en algunos casos éste rebasa los requerimientos del puesto de tal manera que genera inconformidad y frustración en el personal. Más que por una vocación auténtica al servicio, muchas de ellas ocupan el puesto por una necesidad económica, o por ser una de las vías más fáciles para ingresar a trabajar al instituto; cuando provienen de una categoría escalafonariamente menor como intendencia, son ascendidas conforme al derecho de antigüedad que les concede el sindicato sin importar las capacidades con las que cuentan, tal es el caso de la cuarta parte de las encuestadas.
- Las Asistentes Médicas están desmotivadas. Además de un sistema salarial que no las motiva a hacer mejor su trabajo, cuentan en el mejor de los casos, con un solo nivel escalafonario superior. Por otro lado, mientras que el papel de las enfermeras y los médicos es sobrevalorado, la función de la Asistente Médica es subestimada aún cuando ésta también pertenece al área médica (con funciones administrativas). Según el 32.6% de las Coordinadoras solo a veces es reconocido el trabajo de sus subordinadas, e incluso vale la pena mencionar que en muchas ocasiones es objeto

de burlas por parte del personal de otras áreas, sin que las autoridades se ocupen por contrarrestar esta situación. Finalmente, es probable que la reubicación que se les ha dado en varias áreas al no ser secretarias, recepcionistas, enfermeras, auxiliares de enfermeras, o trabajadoras sociales, haya generado en ellas una sensación de estar relegadas y de no tener lugar dentro del instituto, de hecho durante algún tiempo se rumoró la desaparición de su categoría.

- La capacitación para las Asistentes Médicas es insuficiente. Basta decir que desde hace diez años no recibían ningún tipo de capacitación.

No siendo suficiente lo anterior, el 36.2% de ellas dijo tener siempre sobrecarga de trabajo, cantidad que es apoyada por el 34.8% de las Coordinadoras y por el número de derechohabientes que atienden diariamente el cual llega a ser de hasta 280 en algunas Unidades Médicas, todo lo cual se agrava con el ausentismo, la falta de puntualidad, el doble período de vacaciones anual, el abuso de incapacidades y de pases de entrada o de salida, las vacantes sin cubrir, tanto del personal del área como de otras que apoyan sus funciones. Un ejemplo típico es el Archivo, cuyo trabajo es indispensable para que la Asistente Médica agilice a su vez el suyo, y que a veces retrasa la entrega de expedientes del 45.2% de las encuestadas. En este sentido el 39.1% de las Coordinadoras opinaron que las deficiencias de otras áreas de la Unidad Médica repercuten en las actividades de sus subordinadas.

Todo esto no es más que el resultado de un contrato colectivo de trabajo demasiado permisivo que propicia el esfuerzo mínimo en los trabajadores así como la mentalidad del "ahí se va". Aparentemente el empleado obtiene ventajas de las normas de trabajo benévolas que permite el sindicato, sin embargo también es víctima de las mismas, ya que su labor se ve obstaculizada por el incumplimiento de sus compañeros, por la falta de trabajo en equipo y de cooperación entre empleados y directivos, cuyas consecuencias van creando un espiral interminable de problemas que llevan a frenar la calidad del servicio.

Por otro lado el 45% de las Asistentes Médicas manifestaron que solo a veces cuentan con los insumos indispensables para trabajar, al respecto Aguirre (1997) comenta que la falta de insumos genera insatisfacción, misma que según Alonso, Feishman y Robins

(citados en Salinas, 1994), también puede repercutir negativamente sobre el proceso y resultados de la calidad del servicio.

A pesar de todo lo anterior el 87.2% de las Asistentes Médicas expresó tener siempre un gusto por su trabajo, incluso el 91.7% lo consideró importante, más aún el 89.0% de ellas dijeron sentirse siempre orgullosas de pertenecer al instituto.

Ahora bien, el hecho de que el programa de capacitación no influya suficientemente sobre la opinión que tiene la Coordinadora con respecto a la Asistente Médica, indica que éste no ha tenido todo el efecto deseado sobre la calidad del servicio de la primera, pues no se ha visto reflejado sobre la segunda.

Sin embargo, los resultados de la autoevaluación que realizó la Coordinadora en cuanto a la calidad de su servicio muestra que el programa de capacitación probablemente si influyó de manera positiva sobre éste.

Puede ser que la libertad de acción que tienen en su calidad de jefes las motive a aprender nuevas formas de realizar el trabajo y a tener interés por la capacitación. Así también, es posible que la responsabilidad de su cargo las obligue a aplicar mucho más los conocimientos adquiridos, que en el caso de las Asistentes Médicas.

Cabe destacar que aunque el 43.5% de ellas coincidieron con sus subordinadas en cuanto a que solo a veces cuentan con los insumos indispensables para trabajar, la calidad de su servicio (según su propia opinión) tiene la tendencia a mejorar después de la capacitación, lo cual significa que este factor no representa un obstáculo para desempeñar sus labores.

A pesar de que la opinión de las Coordinadoras sobre sí mismas fue favorable, la evaluación que las Asistentes Médicas llevaron a cabo con relación a la calidad del servicio de sus jefas no concuerda con la percepción de las primeras.

Mientras que el 73.9% de las Coordinadoras dicen que motivan a las Asistentes Médicas para que traten amablemente al derechohabiente, sólo el 36.7% de éstas reconocen que sus superiores las motivan a dar lo mejor de sí en el trabajo, e incluso el 12.4% manifiestan una ausencia total de dicha motivación.

Unicamente el 31.7% de las Asistentes Médicas coincide con el 89.1% de las Coordinadoras en cuanto a que las últimas enseñan a su personal nuevo la forma en que deben realizar su trabajo.

Por último, aunque el 65.2% de las Coordinadoras dice que siempre realizan juntas de trabajo con su personal, únicamente el 28.4% de sus subordinadas están de acuerdo en dicha afirmación.

Tradicionalmente estas dos categorías han tenido dificultades debido entre otras cosas a que la Coordinadora no puede ejercer toda su autoridad sobre la Asistente Médica, pues al igual que ella, es personal de base. El sindicato comúnmente derrumba la jerarquía de la Coordinadora para proteger de manera irresponsable a las Asistentes Médicas inconformes, lo cual genera un ambiente tenso entre ambas categorías.

Por lo que atañe al programa de capacitación, éste no logra impulsar el trabajo en equipo, ya que como lo muestran las estadísticas la Asistente Médica capacitada no señaló ningún cambio en cuanto a la opinión negativa que tiene de la calidad del servicio de su jefe.

Nuevamente la importancia y respaldo que da el instituto a esta categoría es insuficiente, prueba de ello es que el 34.8% de las Coordinadoras afirmaron que solo a veces existe un reconocimiento por su trabajo, mientras que el 13% considera que no existe tal por parte del instituto.

Analizando más a fondo podríamos inferir, tomando en cuenta a Rodríguez y Escobar (1996), que la Coordinadora es otra más de las víctimas de las políticas, del estilo de liderazgo y de la estructura del instituto, ya que su poder de decisión se encuentra limitado y si decide ignorar las reglas para volverse emprendedora y creativa, corre el riesgo de ser destituida, por ende opta por olvidarse de la satisfacción del derechohabiente y se limita a "hacer antigüedad".

Finalmente con respecto a los resultados de la versión 3 del cuestionario, éstos muestran que poco más del 50% de los derechohabientes asignan a la Asistente Médica la calificación más alta en todos los reactivos que evalúan la calidad de su servicio, a excepción de los reactivos 4, 11 y 13, en los cuales, el porcentaje de usuarios que otorga la mejor calificación a este personal se reduce a poco más del 40%.

La aparente satisfacción del derechohabiente manifestada en casi todos los items del cuestionario se puede cuestionar con la información obtenida del reactivo 12, ya que según éste el 73.9% de los usuarios opina que la Asistente Médica siempre es grosera. Adicionalmente, entre las sugerencias que con mayor frecuencia aportan éstos, se

encuentran las que se refieren a la amabilidad con que desean ser tratados por el personal evaluado.

Luego de esta contradicción es importante tomar en cuenta que mientras el cliente o usuario común se ha vuelto muy exigente, dado que cada vez es más consciente de su poder de compra y elección entre varios productos o servicios que compiten incesantemente por ganar nuevos mercados; el usuario de instituciones públicas de salud, cuyos recursos en general son escasos, no tiene alternativas de servicio, por lo que su capacidad crítica posiblemente se encuentra limitada al evaluar al mismo.

Además de la falta de un parámetro de comparación, pudiera ser que como lo mencionan Rodríguez y Escobar (1996), la satisfacción aparente de los usuarios del I.M.S.S. se deba al desconocimiento de sus derechos, a aspectos culturales que nos diferencian a los latinos de los americanos, europeos y japoneses en cuanto a que no hemos aprendido a quejarnos, o incluso a aspectos legales que no proporcionan el apoyo suficiente en el caso de un mal servicio. Otra cuestión importante es el hecho de que el derechohabiente recibe además de la atención de la Asistente Médica, la de médicos, enfermeras, vigilantes, etc., lo cual en un momento dado pudo contaminar su respuesta.

En relación a la amabilidad que reclama el usuario de las Asistentes Médicas, llama la atención que el 75% de ellas dice que siempre son amables con todos los derechohabientes, sin embargo sólo el 37% afirma que siempre utiliza palabras de cortesía para dirigirse a los mismos.

Por lo que se refiere a la Coordinadora, los derechohabientes no pudieron evaluar su servicio, ya que el 93.5% de ellos simplemente no la conocen. Aún cuando el 39.1% de ellas dijeron que atienden siempre a los usuarios antes de que se generen molestias, el 21.6% de sus subordinadas opinaron que a veces sus jefas atienden a éstos sólo cuando hay quejas.

Contrariamente al 34.9% de las Asistentes Médicas, el 73.9% de sus Coordinadoras consideró que siempre se involucran en el área operativa, sin embargo se esperaría que al estar en la operación, los derechohabientes tuviesen más contacto con el jefe de las Asistentes Médicas, lo cual evidentemente no es así.

Una vez analizados los resultados arrojados por los tres grupos, es importante retomar algunos aspectos del programa de capacitación que influyeron sobre la información obtenida.

Aunque el objetivo general del programa estuvo vinculado con las causas o razones que justifican la acción capacitadora, éste pudo haber incluido indicadores conductuales más específicos que facilitaran la evaluación de los mismos, no obstante la detección de necesidades no contribuyó a ello ya que ésta únicamente se concretó ha aplicar de manera superficial, un cuestionario general a un reducido grupo de Asistentes Médicas y de derechohabientes. Por lo anterior podemos concluir con que este programa obedece todavía a lo que Reza (1995), denomina Modelo Intermedio.

El hecho de que el programa estuviera dirigido a dos categorías restringió la información específica que necesitaba cada una de ellas, por ejemplo la Coordinadora requería más información que la Asistente Médica sobre liderazgo, integración de equipos de trabajo, manejo de conflicto etc. y quizá a esta última le faltó tiempo para ahondar más sobre aspectos técnicos.

Cabe mencionar que durante los días en que asistían a capacitarse, las Asistentes Médicas comentaban que sus jefas las mandaban cuando habían fricciones entre ellas, es decir como un castigo que consistía en alejarlas de su centro de trabajo, otras veces en lugar de sentirse tomadas en cuenta por el instituto pensaban que eran enviadas a curso debido a su ineficiencia. Desde luego todo ello es producto de la falta de comunicación e incluso de la ausencia de liderazgo de la Coordinadora.

En cuanto a los instructores, en algunas ocasiones no estaban especializados en el tema que les correspondía impartir, por lo que el curso al que correspondía dicho tema se volvía tedioso y difícil para las participantes. Cuando eran las Coordinadoras quienes impartían el tema de imagen y personalidad, algunas veces se generaban resistencias por parte de las Asistentes Médicas para aprobar las sugerencias que les proporcionaban las primeras, dadas los conflictos ya mencionados que existen entre ellas.

En general las evaluaciones de reacción al curso eran favorables a éste, no obstante no hay que dejar de lado el hecho de que regularmente las participantes, en especial las Asistentes Médicas reforzaban su condición de víctimas al verse identificadas con las

quejas de las demás. La catarsis que se generaba durante los primeros días de la capacitación a veces perduraba al reincorporarse a su centro de trabajo, por lo que algunas de sus Coordinadoras manifestaban que sus subordinadas regresaban a trabajar con mayor rebeldía. Como lo plantea Arias (1994), la capacitación puede generar más resistencia si las participantes no encuentran razones más poderosas que aquellas que las conducen por la mentalidad del “para qué me esfuerzo, si el instituto está tan mal”.

Resumiendo lo dicho hasta aquí podemos concluir con que, aunque en general el derechohabiente considera muy bueno el servicio de la Asistente Médica de primero, segundo y tercer nivel, la calidad del servicio proporcionado por ella no mejoró después de haber tomado el programa de capacitación ya que además de éste, existen otros factores que influyen negativamente sobre la calidad de su servicio. En este sentido se confirma la teoría de Nash (1998), que dice que la capacitación no puede resolver todos los problemas de la empresa, o bien en palabras de Arias (1994), la capacitación es una de muchas otras variables que influyen en la prestación de servicios con calidad.

Por otro lado, aunque la autoevaluación de la Coordinadora si mostró un avance significativo en cuanto a la calidad de su servicio, resulta paradójico que más del 90% de los derechohabientes no la conocen, por lo que podríamos concluir con respecto a ésta categoría que si bien el programa de capacitación contribuyó a mejorar la opinión que tiene sobre la calidad de su servicio, los resultados de esta autoevaluación no son suficientes para sostener que en realidad su servicio mejoró, mas aún si se toma en cuenta que el personal a su cargo no coincidió con la autoevaluación de la Coordinadora.

Para terminar basta decir que así como la Asistente Médica y su Coordinadora reflejan una cultura institucional, el I.M.S.S. representa una cultura nacional. Según Ishikawa mucho del éxito de los japoneses en el desarrollo de la calidad y en el resurgimiento del país después de la segunda guerra mundial se debió sin duda a la cultura japonesa, cualidad que los mexicanos aún no hemos cultivado. De ahí que las instituciones que tienen ingerencia sobre una gran parte de la sociedad como lo es el I.M.S.S., deben acoger la enorme responsabilidad de proponer la inversión en bienes intangibles donde

el capital humano incremente sus capacidades, conocimientos, destrezas, sensibilización y conscientización, en otras palabras debe promover mediante políticas y lineamientos sólidos una cultura de capacitación institucional que con su expansión a otras a otras instancias conlleve paulatinamente al progreso y desarrollo nacional.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Aún cuando el programa contó con una cantidad considerable de recursos materiales, humanos, educativos, etc., debe dar mayor énfasis a las habilidades necesarias para atender al derechohabiente. Quizá en lugar de incluir un curso completo sobre autoestima cuyo objetivo sólo puede cumplirse mediante una previa modificación de condiciones laborales que verdaderamente generen orgullo en el personal por pertenecer al instituto, podría impartirse uno sobre atención a clientes en el que detalladamente se capacitara al personal para tratar amablemente al público. Aunque los cursos sobre manejo del estrés, comunicación, imagen y personalidad, y manejo del conflicto coadyuvan a mejorar el trato que brinda el personal capacitado a los derechohabientes, no siempre logran aterrizar con la intensidad necesaria los contenidos teóricos en conductas concretas que ejemplifiquen la forma idónea de tratar al derechohabiente, tanto en la cotidianidad, como en los momentos en que se presenta alguna situación difícil. Hay que recordar que las Asistentes Médicas y sus Coordinadoras son personal de primer contacto con el usuario, por lo que es esencial que mejoren la calidez de su trato.

Con el fin de aumentar la motivación y satisfacción del personal por formar parte del instituto, sería conveniente mostrarle los antecedentes, importancia, cobertura y trascendencia del mismo, lo cual ampliaría su panorama que en muchas ocasiones se encuentra reducido a la Unidad Médica a la que pertenecen las participantes. Así mismo sería deseable que se utilizaran técnicas más efectivas por parte de los instructores para manejar y superar la resistencia al cambio de las participantes. Finalmente el programa debe tratar de manejar la frustración de las participantes propiciando en ellas la seguridad e iniciativa para buscar alternativas y tomar decisiones frente a los obstáculos a los que diariamente se enfrentan.

Al margen de todo esto, el programa tiene muchos elementos a su favor, por lo que se recomienda su impartición en otras Delegaciones del instituto, siempre y cuando existan condiciones organizacionales que coadyuven al cumplimiento de sus objetivos, pues de no ser así se corre el riesgo de obtener resultados parciales.

Entre las condiciones organizacionales con las que deberá contar el instituto se encuentran las normas, políticas y estructura que propicien los medios para que el personal capacitado pueda poner en práctica lo aprendido, de lo contrario, la capacitación se quedará dentro del aula.

De igual manera se requiere erradicar los factores que generan insatisfacción en los trabajadores como la falta de reconocimiento y de recursos, la baja percepción salarial, las normas burocráticas de trabajo, los estilos gerenciales, la ausencia de líderes motivadores del cambio, etc. Si el empleado se siente identificado con la empresa evitará la ley del menor esfuerzo y generará la lealtad del derechohabiente a la institución.

Se necesitan áreas internas que trabajen unidas y sobre todo que mantengan una estrecha comunicación con el personal que da la cara al público, sólo así cesarán las arbitrariedades y bloqueos de los departamentos de apoyo. El trabajo de la Coordinadora debe llevarse a cabo con la colaboración efectiva del jefe del departamento clínico y del subdirector médico; es urgente que los superiores asuman su responsabilidad frente al personal evaluado y rompan las barreras que aún existen entre ambas partes.

Los directores de las Unidades Médicas, las Coordinadoras de Asistentes Médicas y la directiva de la Coordinación de Organización y Calidad necesitan trabajar en conjunto para promover la capacitación de las Asistentes Médicas, de otra manera el personal puede desconocer la existencia de los cursos o incluso negarse a asistir a éstos.

Un sistema de reclutamiento que exija dentro del perfil para el puesto de Asistente Médica habilidades para tratar al público, un nivel académico superior, facilidad de palabra, vocación de servicio y en general elementos que respondan a las necesidades humanas de los derechohabientes, favorecerá sin duda los resultados de la capacitación. Indudablemente esto implicará cambios que restarán poder al sindicato.

Dado que la imagen que se lleva el usuario del instituto depende en gran medida de la satisfacción y buen desempeño de estas dos categorías, éste debe fortalecer y reconocer públicamente su trabajo, así como crear condiciones escalafonarias que les permitan por un lado tener posibilidades de ascenso, y por el otro tener un jefe a nivel normativo que les oriente y represente.

Las Coordinadoras deben ser incluidas en los proyectos de las Unidades Médicas, pues hasta hoy sólo el 30.4% de ellas señalan que a veces sus jefes las invitan a sus reuniones de trabajo, mientras que el 15.2% dicen ser ignoradas por los directivos del área médica a la que pertenecen, lo cual no sólo las desmotiva, sino también les resta autoridad y jerarquía.

El instituto debe motivar a la Coordinadora a salir de su oficina para darse a conocer con los derechohabientes supervisando más activamente la operación de las Asistentes Médicas, presentándose con los usuarios, y en general teniendo más contacto con ellos. De lo anterior dependerá que posteriormente se pueda evaluar la calidad de su servicio a partir de la opinión de éstos.

Desafortunadamente cuando se inició el proyecto de evaluación del programa, éste ya había comenzado a impartirse, por lo que no hubo oportunidad de encuestar a los derechohabientes antes de la capacitación y poder así contrastar los resultados previos y posteriores a la misma. Tampoco fue viable dividir a los derechohabientes según el personal al que hubiesen evaluado (capacitado ó no capacitado) ya que resultaba difícil en un sentido operativo que éstos discriminaran entre una y otra Asistente Médica. Por lo regular tratan con varias Asistentes Médicas de diferentes servicios a la vez, luego entonces su respuesta no hubiese estado basada sólo en una de ellas (capacitada ó no capacitada, según el caso) al momento de contestar las preguntas del cuestionario; adicionalmente la rotación continua a la que está sujeto este personal implica que el derechohabiente tenga contacto con más de una de ellas, por lo que nuevamente se hubiera perdido el control sobre la respuesta del usuario. Por lo anterior, se recomienda que la evaluación de posteriores programas se contemple desde la fase de planeación de éstos, ya que esta medida, como lo menciona Reza (1995) permitirá al subsistema mejorar oportunamente su metodología y operatividad de acuerdo con los indicadores conductuales establecidos en el objetivo del programa de capacitación.

Tal y como lo plantea el Programa Delegacional de Calidad sería de gran utilidad que la calidad del servicio de las Asistentes Médicas y de sus Coordinadoras contara con indicadores y estándares que permitieran evaluarlo periódicamente. Esto no sólo facilitaría el seguimiento continuo de la capacitación impartida, sino también contribuiría en la detección de nuevas necesidades de entrenamiento, así como en la

implantación de un sistema efectivo de incentivos económicos que motivara el verdadero cambio del personal, en virtud de la aplicación de los conocimientos y habilidades en el área de trabajo.

Para posteriores estudios se recomienda que la evaluación controle las variables edad, antigüedad y nivel de escolaridad, quizás éstas interfieran en la motivación de las participantes lo que a su vez puede contribuir a un mejor resultado de la capacitación.

Cabe mencionar que tanto el desprestigio ante la opinión pública que viene arrastrando el instituto, como las buenas o malas experiencias que los usuarios hayan tenido en ocasiones anteriores con personal diferente al evaluado, pudieron haber influido sobre la respuesta de los derechohabientes, restando así parte de la objetividad de su respuesta por lo que para estudios subsiguientes debe buscarse la manera de evitar la intervención de este tipo de variables.

Por otro lado, debido a que la Asistente Médica y su Coordinadora realizan diferentes actividades de acuerdo al nivel de atención y área de servicio al que estén asignadas, los reactivos del cuestionario tuvieron que plantearse de manera general, lo cual le restó sensibilidad al cuestionario. No obstante pueden crearse instrumentos que estén dirigidos a evaluar únicamente al personal de un nivel y servicio determinado.

De igual forma es deseable constatar en futuras investigaciones, la influencia de un medio laboral burócrata sobre los resultados de la capacitación.

Finalmente deben promoverse nuevos métodos para evaluar la calidad del servicio en el área de salud que no descuiden su dimensión interpersonal.

Aún es mucho lo que se tiene que hacer para consolidar, social y políticamente a la calidad en nuestro país. Para tener éxito, las organizaciones mexicanas tendrán que compensar su atraso tecnológico con una mayor atención a la calidad de su manufactura y servicios. Los trabajadores deberán ser partícipes del desarrollo y evolución de los sistemas de calidad de las empresas, para que mediante los beneficios de este cambio puedan ser compensados en forma más justa y así trabajar en un ambiente en el que se promueva una cultura de calidad que a su vez traiga mayores beneficios.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre, G.H. (1997). Calidad de la Atención Médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie de Estudios 3, 2ª Edición. Pp. 17, 18, 59.
2. Arias, G. F. (1994). Capacitación para la Competitividad y la Colaboración. Instituto Internacional de Capacitación y Estudios Empresariales, Asociación Mexicana de Capacitación de Personal.
3. Arias, G. F. y Heredia, E. (1999). Administración de Recursos Humanos. Edit. Trillas. P.p. 498.
4. Arias, G. F. y Heredia, E.V. Tercera Investigación sobre el estado de la capacitación en 258 organizaciones y 50 instituciones capacitadoras del D.F., zona metropolitana y entidades Federativas. Asesoría y Administración Aplicadas, S.A. México, D.F. Junio, 1996.
5. Ayala, S. G. (1992). Evaluación y seguimiento de la Capacitación: Una alternativa. Tesis de licenciatura, UNAM.
6. Bloom, B. (1975). Taxonomía de los objetivos de la Educación: Clasificación de las metas educativas. Edit. Alcoy.
7. Borrego, G. (1993). La Seguridad Social y la política del Estado Mexicano. Subdirección General Médica. Coordinación de Planeación e Información Médica. Pp. 149-152
8. Brethower, K.S. y Rummler, G.A. Evaluating training (Evaluación de la Capacitación). Training Development Journal 33(5) P.p.14-22. Mayo. 1979.
9. Cahue, G. V. (1983). Evolución Histórica del puesto de Asistente de Consultorio. Unidad de Medicina Familiar No. 32, Coordinación de Asistentes Médicas, I.M.S.S.
10. Calderón, H. (1982). Manual para la Administración del Proceso de Capacitación de Personal. Edit. Limusa.
11. Cantú, H. D. (1997). Desarrollo de una Cultura de Calidad. Edit. Mc Graw Hill. P.p 6, 8, 13, 15, 16, 27 y 41.

12. Coffman, L. An easy way to effectively evaluate program results (Una forma fácil para evaluar los resultados del programa) Training Development Journal. 33(8) P.p.28-32. Agosto, 1979.
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Edit. Porrúa.
14. Contrato Colectivo de Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (1997-1999). Coordinación General de Comunicación Social, Pp. 61, 263-267, 325.
15. Coordinación de Organización y Calidad, Delegación 2 I.M.S.S., (1990) Introducción a la Misión Institucional: Manual para el Instructor.
16. Coordinación de Organización y Calidad, Delegación 2 I.M.S.S., (1990) Introducción a la Misión Institucional: Manual para el Trabajador.
17. Crosby, P.B. (1992). Calidad sin lagrimas. Edit CECSA. P.p. 29, 34 y 111.
18. Denton, K. (1991). Calidad en el Servicio a los Clientes. Edit. Diaz de Santos. P.p. 6-7, 24-25, 91, 94, 101 y 111.
19. Grados, A.J. (1985). Técnicas de Investigación en Psicología Industrial. UNAM, Facultad de Psicología.
20. Grados, A.J. (1999). Capacitación y Desarrollo de Personal. Edit. Trillas. P.p. 12-15 y 30.
21. Gutiérrez, H. P. (1997). Calidad Total y Productividad. Edit. Mc Graw Hill. P.p. 4, 13, 14 y 19.
22. Gutierrez Dolores (conductora). Programa Televisivo "Hablemos Claro", (Abril-2000). Entrevista al Lic. Genaro Borrego, Director General del I.M.S.S.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social (Julio, 1998). Plan Integral de Calidad.
24. Jefatura de Servicios Administrativos, Departamento de Personal y Desarrollo, I.M.S.S. (1997). Programa Delegacional de Calidad. Pp. 3, 5, 8, 23-27
25. Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos, Coordinación General de Comunicación Social / Publicaciones I.M.S.S. (1990). Trayectoria Histórica del I.M.S.S.
26. Juran, J.M. y Gryna, F.M. (1994). Análisis y Planeación de la Calidad. Edit. Mc Graw Hill, 3ª Edición. P.p. 16-18, 506, 546 y 565.

27. Kirkpatrick, D.L. Techniques for evaluating training Programs (Técnicas para evaluar programas de Capacitación). Training Development Journal. P.p.78-79. Junio, 1979.
28. Martínez, A. Entro en vigor la Nueva Ley: Entrevista con Genaro Borrego. Solidaria. 1997, No. 130, Mayo – Junio, 3-9.
29. Mc Gehee, W. y Thayer, P. (1993). Capacitación, Adiestramiento y Formación Profesional. Edit. Limusa. P.p. 277-280.
30. Miranda, G. (1997). Tránsito de nuestras actividades hacia un nuevo sistema de seguridad social. Cuestión Social. 40, 31-4.
31. Munro, L. y Faure, M. (1994). La Calidad Total en acción. Edit. Folio, Colección Financial Times. P.p.187, 188, 192, y 193.
32. Nash, M.M. (1998). Cómo incrementar la Productividad del Recurso Humano. Edit. Norma. P.p. 88-90, 92 y 101.
33. Naylor, J.C. y Blum, M.I (1977). Psicología Industrial: sus fundamentos teóricos y sociales. Edit. Trillas P.p. 33-36.
34. Neri, Carlos. La Evaluación Mediata, su importancia para los programas de Adiestramiento. Pedagogía para el adiestramiento. 1(4) P.p. 9-19. Septiembre-Diciembre, 1971.
35. Nueva Ley del Seguro Social (1995). Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995, Méxicio D.F.
36. Palom, F.I. (1991). Circulos de calidad: Teoría y Práctica. Edit. Marcombo, Colección Productiva. P.p. 34-36.
37. Pérez, J.A. (1994). Gestión de la Calidad Empresarial. Edit. ESIC, colección Cultura Empresarial e Innovación. P.p. 120.
38. Pinto, V.R. (1982). Sistema de Capacitación. Coordinación General de Estudios Administrativos de la Presidencia de la República. P.p. 35-39.
39. Pinto, V.R. (1990). Proceso de la Capacitación. Edit. Diana. P.p. 9 y 30.
40. Reyes, P.A. (1996). Administración de Personal, 1ª Parte. Edit. Limusa, Noriega Editores P.p. 103.
41. Reza, T. J. (1995). Cómo diagnosticar las Necesidades de Capacitación en las Organizaciones. Edit. Panorama. P.p. 16-19, 21, 25, y 95.

42. Rodríguez, M. E. y Escobar, R. (1996). Creatividad en el Servicio, una estrategia competitiva para Latinoamérica. Edit. Mc Graw Hill. P.p.2, 4, y 10.
43. Rodríguez, M. y Austria, H. (1991). Formación de instructores. Edit. Mc Graw Hill.
44. Rodríguez, V.J. (1993). Administración Moderna de Personal. Edit. ECASA. P.p.74 y 77.
45. Rosete, N.M. y Doriano V.A. (1991). Compendio de Técnicas Administrativas para la administración de Recursos Humanos. Tesis de licenciatura, UNAM.
46. Ruelas, B.E. (1992). Hacia una estrategia de Garantía de Calidad, de los conceptos a las acciones. Salud Pública de México, Vol. 34 P.p. 29-44.
47. Salinas, O. C., Laguna, C. J. y Mendoza M. M. (1994). La Satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Publica de México, vol. 36, No. 1, P.p. 22-29.
48. Sánchez, J.D. El I.M.S.S., un enfermo que agoniza. Epoca Abril, 1995.
49. Tayson, S. y York, A.(1989). Administración de Personal. Edit. Trillas. P.p. 22-24, y 28.
50. Torres, R.N.(1992). La evaluación de seguimiento en la banca. Tesis de licenciatura, UNAM.
51. Valencia, A. (1982). Evaluación de la Capacitación. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Instituto Nacional de Estudios del Trabajo. P.p. 23-24.
52. Zucolotto, H.M. (1994). Calidad Total aquí y ahora: La estrategia. Edit. Panorama. P.p 103-116.

ANEXO NO. 1

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE CAPACITACION "ACTUALIZACION DE ASISTENTES MEDICAS Y COORDINADORAS DE ASISTENTES MEDICAS"

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
1er. Día	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes y el instructor se conozcan entre sí. - Que las participantes conozcan los temas de los 11 cursos que contempla el programa. - Que las participantes se integren al grupo y "rompan el hielo". 	<ul style="list-style-type: none"> *Presentación del instructor y de los participantes. *Presentación del contenido temático y objetivo del programa. * Las participantes anotan en un papel un mensaje positivo que luego meten en un globo. Los globos son arrojados al piso y tomados por diferentes participantes. El objetivo es encontrar a la dueña del mensaje, regresárselo y conocerse.
	Espectativas de las participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes retroalimenten al instructor acerca de lo que esperan obtener del programa de capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las participantes señalan sus expectativas del programa.
	Contrato Grupal	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes se comprometan a dar lo mejor de sí durante los días en que tomen su capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las participantes establecen compromisos y algunas reglas de comportamiento como el tiempo de tolerancia para llegar, el respeto hacia las demás compañeras etc.
	Tema 1 Integración de Equipos de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes se sensibilicen acerca de la importancia del trabajo en equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> *Las participantes se organizan en grupos de 5 o 6 personas para representar "la danza del Mamut". Se califica la coreografía y cantos más originales.
	Concepto de Equipo de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes identifiquen el concepto de equipo de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> *Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas.
	Organización y Trabajo Colectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Que las participantes distingan las características y beneficios del trabajo colectivo dentro de una organización. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las participantes observan y escuchan un video cassette referente al tema.

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
2° Día	Interacción Social	- Que las participantes verifiquen la importancia de la interacción de los individuos para la consecución de metas comunes.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
	Concepto de grupo	- Que las participantes identifiquen el concepto de grupo.	* Las participantes registran las características del concepto.
	Papel de los roles	- Que las participantes revisen los tipos de roles así como el papel que juegan según sus características.	* Las participantes escenifican diferentes roles dentro de una situación laboral típica y posteriormente discuten y analizan los roles de cada una.
	Tema II Comunicación	- Que las participantes ensayen formas efectivas de comunicación para mejorar sus relaciones laborales.	* Las participantes llevan a cabo la dinámica del teléfono descompuesto.
	Concepto de Comunicación	- Que las participantes describan el concepto de comunicación.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
	Alcances y fines de la comunicación	- Que las participantes destaquen las consecuencias de las distintas clases de comunicación.	* Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas y retroalimentan al instructor con ejemplos de situaciones reales en las que se involucran la buena y mala comunicación en la vida cotidiana.
	Un modelo de comunicación	- Que las participantes diferencien los componentes de la comunicación: fuente, decodificador, mensaje, canal, receptor.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
	La comunicación en un contexto laboral	- Que las participantes distingan los elementos de una buena comunicación en el trabajo.	* Las participantes escuchan y observan un video cassette referente al tema. Posteriormente retroalimentan al instructor con ejemplos de situaciones reales en las que se involucra la buena y la mala comunicación entre los compañeros de trabajo.
La importancia de las Relaciones Humanas	- Que las participantes reafirmen la importancia relaciones humanas.	* Las participantes llevan a cabo una lluvia de ideas con respecto al tema.	
Conceptos en torno a las Relaciones Humanas	- Que las participantes analicen los efectos de algunas características de las relaciones humanas: necesidad de prestigio, de seguridad, de aceptación, de aprobación, de pertenencia, frustración, respuestas a la ansiedad etc.	* Las participantes trabajan en corrillos para determinar la definición de algunos conceptos y posteriormente las presentan frente al grupo. Después toman notas de las explicaciones del instructor.	

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
3er Día	Relaciones humanas positivas	- Que las participantes expresen sentimientos de amor hacia sus semejantes.	* Con los ojos tapados, música de fondo y en parejas las participantes realizan una dinámica que consiste en acariciar respetuosamente el cuerpo de sus compañeras tal y como lo hicieron previamente con un muñeco de peluche. Finalmente se hace la discusión.
	Tema III Autoestima	- Que las participantes fortalezcan su autoestima a través del análisis de los aspectos que contribuyen a ello.	
	Concepto de autoestima	- Que las participantes reconozcan el significado del término.	* Las participantes llevan a cabo una lluvia de ideas con respecto al concepto, anotan y hacen preguntas.
	¿Cómo construimos nuestra autoestima?	- Que las participantes analicen los factores que influyen para construir nuestra autoestima.	* Las participantes expresan voluntariamente al grupo la forma en que construyeron su autoestima.
	Características de una autoestima baja y alta.	- Que las participantes identifiquen las características de una alta y baja autoestima.	* Las participantes escuchan y retroalimentan al instructor con experiencias propias o de personas conocidas.
	Reconstrucción de la autoestima (Autoaceptación del Yo)	- Que las participantes refuercen y valoren los aspectos positivos de cada una de ellas.	* Las participantes realizan el dibujo de un árbol, en el tronco anotan su nombre, en las ramas, sus logros y éxitos, y en las raíces, las habilidades, fuerzas y capacidades. El dibujo es mostrado y explicado ante el grupo.
	La autoestima en las relaciones interpersonales	- Que las participantes apliquen los efectos de la alta autoestima como el autorrespeto, creatividad, trascendencia, autorrealización en el trabajo etc., sobre sus relaciones laborales.	* Las participantes escuchan y toman notas. Después trabajan en corrillos para exponer frente al grupo sus conclusiones.
Desarrollo de estrategias para la autorrealización	- Que las participantes desarrollen estrategias para la autorrealización.	* Las participantes escuchan, toman notas y posteriormente anotan individualmente sus metas y proyectos a corto y a largo plazo, así como los medios que utilizarán para darles cumplimiento y finalmente se leen en grupo las metas de todas las participantes. El tema termina con una dinámica en la que cada participante anota un mensaje positivo en la espalda de todas sus compañeras sobre un papel previamente adherido.	

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
4° Día	Tema IV Imagen y Personalidad	- Que las participantes mejoren su imagen y personalidad en beneficio de la calidad de su servicio.	* Las participantes escuchan y analizan junto con el instructor el termino personalidad.
	Concepto de Personalidad	- Que las participantes reconozcan etimológicamente el término personalidad.	* Las participantes escenifican en grupos de 5 o 6 personas los roles típicos en un momento cotidiano dentro de la vida familiar.
	Tipos de personalidad	- Que las participantes comprueben los diferentes tipos de personalidad y revisen estrategias que les permitan modificar aspectos negativos de la suya.	* Con base al ejercicio anterior, las participantes identifican algunas vivencias que influyeron en su tipo de personalidad. Voluntariamente algunas de ellas comunican sus experiencias al grupo. Con la ayuda del instructor proponen alternativas a diversas conductas disfuncionales.
	Influencia de la herencia y del medio ambiente sobre la personalidad	- Que las participantes interpreten la conducta que forma parte de su personalidad al relacionarla con sus vivencias previas.	* Las participantes practican con ejemplos concretos pensamientos positivos que conducen a un comportamiento adecuado para las relaciones humanas necesarias dentro de su centro de trabajo.
	Influencia de los pensamientos sobre el comportamiento	- Que las participantes reconozcan el poder de los pensamientos para generar un comportamiento positivo o negativo.	* Las participantes manipulan plastilina con los ojos cerrados. El objetivo es que realicen una muñeca que posteriormente dejen al frente para que sus compañeras la describan (pensando en su dueña). La dueña también se autodescribe apoyándose en su muñeca.
	Tu imagen ante tí mismo	- Que las participantes reafirmen características positivas de su personalidad.	* Las participantes escogen nuevas formas de maquillarse, vestirse y comportarse en su centro de trabajo.
	Mi imagen, la moda, los artículos de belleza y los buenos modales	- Que las participantes desarrollen habilidades para mejorar su arreglo personal, así como un lenguaje verbal y corporal que refleje una actitud de servicio.	
5° día	Tema V Manejo del estrés	- Que las participantes empleen diferentes técnicas de relajación para contrarrestar el estrés.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
	Concepto de estrés	- Que las participantes examinen el concepto de estrés.	

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
6° día	Consecuencias del estrés	- Que las participantes analicen las diferentes enfermedades causadas por el estrés.	* Las participantes escuchan y observan un video cassette relacionado con el tema.
	Control del estrés	- Que las participantes adquieran nuevas formas de canalizar el estrés que genera el centro de trabajo.	* Las participantes ensayan diferentes técnicas de relajación con ayuda del instructor.
	Tema VI Ortografía y Redacción	- Que las participantes mejoren su expresión oral y escrita.	
	División silábica	- Que las participantes apliquen adecuadamente la división silábica.	* Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas y realizan ejercicios para aplicar las reglas ortográficas.
	Acentuación	- Que las participantes utilicen las reglas ortográficas para la acentuación de las palabras.	* Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas y realizan ejercicios para aplicar las reglas ortográficas.
	Signos de Puntuación	- Que las participantes empleen correctamente los signos de puntuación.	* Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas y realizan ejercicios para aplicar las reglas ortográficas.
	Uso de las letras V, C, S, Z, X, Y, H, G y RR	- Que las participantes escriban palabras de acuerdo a las reglas ortográficas.	* Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas y realizan ejercicios para aplicar las reglas ortográficas.
7° día	Expresión escrita/oral	- Que las participantes adquieran habilidades para redactar manuscritos sencillos.	* Las participantes escuchan, toman notas, hacen preguntas y realizan ejercicios para aplicar las reglas ortográficas.
	Tema VII Manejo de Conflicto	- Que las participantes adquieran habilidades para superar conflictos dentro del área de trabajo.	
	El conflicto como una realidad intrínseca de la vida	- Que las participantes reconozcan al conflicto como parte de la cotidianidad de todo ser humano.	* Las participantes escuchan y observan un video cassette relacionado con el tema.
	Areas frecuentes de conflicto	- Que las participantes describan áreas de conflicto comunes.	* Las participantes llevan a cabo una lluvia de ideas con respecto al tema.

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
8° día	Origen y génesis del conflicto	- Que las participantes analicen sus propias conductas y la influencia que tienen éstas sobre la generación del conflicto.	* Las participantes realizan un role playing acerca de una situación de conflicto dentro de su área de trabajo.
	La agresión: expresión típica del conflicto	- Que las participantes identifiquen las diferentes fases y momentos del conflicto.	* Las participantes discuten en grupos de 5 o 6 personas los aspectos relevantes de la escenificación anterior y luego presentan sus conclusiones frente al grupo.
	Manejos inadecuados del conflicto	- Que las participantes ubiquen las fallas más frecuentes en el manejo de los conflictos.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
	Madurez Personal y Manejo de Conflicto	- Que las participantes lleven a la práctica el compromiso personal en situaciones de conflicto.	* Las participantes exponen una situación típica laboral en donde se presentan conflictos, ya sea con el personal o con los Derechohabientes, en la cual se proporciona un buen y mal manejo de los mismos. *Las participantes llevan a cabo una dinámica en la cual, cada una de las participantes coloca sus zapatos al frente y luego cada una de ellas coloca un mensaje positivo en los zapatos de sus compañeras.
	Tema VIII Nueva Ley del Seguro Social	- Que las participantes distingan el desarrollo y modificaciones de la Nueva Ley del Seguro Social.	
	Generalidades acerca de la Ley del Seguro Social	- Que las participantes se introduzcan en el tema a tratar.	* Las participantes escuchan y observan un video cassette relacionado con el tema.
	Modificaciones a la Nueva Ley del Seguro Social: Régimen Voluntario y Régimen Obligatorio	- Que las participantes actualicen sus conocimientos con respecto a la aplicación de la Nueva Ley del Seguro Social.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
Tema IX Afilación y Vigencia	- Que las participantes actualicen sus conocimientos en cuanto a la afiliación y vigencia de empleados y patrones.		
Reglamento de las Empresas en el Seguro de Riesgos de Trabajo e inscripción patronal	- Que las participantes apliquen adecuadamente los requisitos y formatos para la afiliación de la población Derechohabiente.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.	

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
9° día	Vigencia y requisitos para el Derecho en prestaciones en especie y en dinero Tema X Actividades Técnico-Administrativas de la Asistente Médica / Coordinadora de Asistentes Médicas en el 1°, 2°, y 3er Nivel de atención	- Que las participantes reafirmen sus conocimientos con respecto al tema. - Que las participantes refuercen sus conocimientos técnicos y administrativos de su puesto, con el fin de que se conduzcan de manera profesional en cualquiera de los servicios del 1°, 2°, y 3er. nivel de atención.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas. * Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas.
10° día	Tema XI Taller de mejora de procesos Concepto de proceso Análisis de procesos	- Que las participantes analicen la importancia de sus funciones dentro del proceso de la atención médica. - Que las participantes registren el concepto de proceso. - Que las participantes analicen los niveles de jerarquización del proceso del que forman parte, así como el papel que desempeñan dentro del mismo.	* Las participantes escuchan, toman notas y hacen preguntas. * Las participantes discuten en grupos de 5 o 6 personas la forma de resolver problemas relacionados con el seguimiento de las actividades que se retoman de otras áreas ajenas a la suya, así como aquellas que se delegan a otras áreas.
	Tema XII Conclusiones del Programa de Capacitación Clausura	- Que las participantes resuman lo visto a lo largo de los 11 cursos que forman parte del programa.	Las participantes comentan si sus expectativas se lograron, hacen preguntas, comentarios y sugerencias. * Entrega de Constancias.

ANEXO NO. 2

ACTIVIDADES Y FUNCIONES DE LA ASISTENTE MEDICA Y DE LA COORDINADORA DE ASISTENTES MEDICAS SEGÚN EL PROFESIOGRAMA DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO DEL I.M.S.S.

Asistente Médica

Actividades: En Unidades de Medicina Familiar asiste al Médico Estomatólogo y al Servicio Materno Infantil en la consulta, en las maniobras de exploración de los pacientes, toma y registra peso, talla y temperatura. Informa a los Derechohabientes de las ausencias e imprevistos del Médico, Estomatólogo y en el Servicio Materno Infantil. Atiende e instruye dentro y fuera de la Unidad personal o telefónicamente a los Derechohabientes y público en general, respecto a sus derechos y obligaciones, así como también en lo relacionado con los programas institucionales y de las actividades para la comunidad. Organiza y controla la consulta del Médico, Estomatólogo y del Servicio materno Infantil en citas, secuencia, admisión, inscripción, e identificación de consultantes. Recibe, devuelve y/o archiva expedientes clínicos, glosa tarjetas y otros documentos y solicita verificación de vigencia. Elabora registro de actividades del servicio en las formas de papelería correspondientes. Suministra al Médico, Estomatólogo y al Servicio Materno Infantil, los expedientes clínicos de los pacientes solicitantes de atención. Solicita y regresa a petición del médico, el equipo de exploración consistente básicamente en espejo vaginal, termometría y guantes. Provee y mantiene la dotación y orden del equipo, ropa, papelería y material de curación del consultorio. Participa en la vigilancia y control de la asistencia a cita médica; en los programas institucionales informa de las inasistencias de los pacientes a Trabajo Social. Participa en los programas de Enseñanza e Investigación de la unidad de acuerdo a las funciones específicas de su categoría. En unidades Médico-Hospitalarias atiende a los Derechohabientes y a sus familiares durante el proceso de recepción, información, hospitalización y egreso de pacientes. Recibe y entrevista en forma personal o por teléfono a los pacientes que solicitan servicios en las unidades, a sus familiares o representantes de su fuente de trabajo y los orienta sobre los trámites a seguir para ser atendidos, indicándoles que médico, funcionario o empleado va a atenderles. Explica a los asegurados y beneficiarios las normas, horarios de atención y servicios con que cuenta el Hospital, Clínica o Dependencia así como su ubicación. Atiende en forma oportuna, clara y precisa sus solicitudes tramitándolas. Maneja y devuelve expedientes y documentos. Informa de la recepción y solicita la devolución de pertenencias o ropa de pacientes sin familiares, de acuerdo al procedimiento establecido. Participa en los programas prioritarios de atención médica y educativos a la población en coordinación con el equipo de salud. Maneja citas previas y auxilia al médico en funciones administrativas que se originen en el trato con sus pacientes. Elabora informe diario de labores. Registra en tarjetas y agendas las citas fijadas por el Médico y por ella misma para la atención de los Derechohabientes. Llena las formas institucionales bajo los procedimientos establecidos. Visita diario a los pacientes en los diferentes servicios, a fin de actualizar la relación de pacientes hospitalizados. Elabora reporte de salud e informa a los familiares sobre el estado que guardan los pacientes, utilizando la programación de cirugías y de procedimientos especiales de estudios y tratamientos. Registra la problemática pendiente en el servicio para el enlace de turno. Expide y controla pases para

la visita. Solicita y registra los datos necesarios para la admisión de Derechohabientes a los servicios de la Unidad o Dependencia respectiva. Reporta a la Trabajadora Social pacientes en quienes detecte problemática social.

Coordinadora de Asistentes Médicas

Actividades: Organiza y distribuye el personal a su cargo, de acuerdo con las necesidades del servicio o área de trabajo específicos, en concordancia con los lineamientos institucionales, distribuye y controla la correcta utilización de los materiales de oficina, supervisa el cumplimiento de la solicitud y devolución del equipo de exploración. Supervisa la participación de la Asistente Médica en la vigilancia y control de la asistencia a cita médica para el buen desarrollo de las funciones del servicio. Asesora al personal a su cargo para el buen cumplimiento de sus funciones, los adiestra cuando es necesario. Propone y participa en los cursos de Capacitación. Participa en la orientación a los Derechohabientes y asegurados de los programas institucionales. Transmite al personal a su cargo, la información adecuada de las disposiciones de su Jefe inmediato. Informa y reporta a su jefe inmediato de las desviaciones a la norma del personal a su cargo. Aplica en su caso las medidas correctivas. Resuelve los problemas que pudiera presentar el Derechohabiente para recibir la atención médica. Atiende a los Derechohabientes y participa en la aplicación del programa de inducción al puesto de Asistente Médica; supervisa que la aplicación de normas y sistemas establecidos para la mejor atención del Derechohabiente sea adecuada. Informa de las incidencias del personal a su cargo. Elabora y controla los roles de descanso a quien tienen derecho dentro de su jornada, las asistentes médicas, adecuándolos a las necesidades del servicio y elabora los roles de vacaciones de común acuerdo con el trabajador. Elabora informe de sus actividades y las del personal a su cargo, reportándolas a su Jefe inmediato. Participa en los programas de enseñanza e Investigación de la Unidad de acuerdo a las funciones específicas de su categoría.

ANEXO NO. 3

UBICACION DE LAS UNIDADES MEDICAS DE LA DELEGACION 2 DEL I.M.S.S.

- **Primer Nivel**

Unidad de Medicina Familiar No. 3

Oriente No. 3498, Esq. Norte 70-A, Col. La Joya. Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07860.

Unidad de Medicina Familiar No. 6

Av. Circunvalación y Corregidora, Col. Merced Balbuena. Deleg. Venustiano Carranza, C.P. 1581.

Unidad de Medicina Familiar No. 11

Caruso Esq. León Caballo No. 302, Col. Vallejo. Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07870.

Unidad de Medicina Familiar No. 14

Bulevar Aeropuerto No. 88, Col. Moctezuma. Deleg. Venustiano Carranza, C.P. 15500.

Unidad de Medicina Familiar No. 16

Francisco González Boca Negra No. 2, Col. Guerrero. Deleg. Cuauhtemoc, C.P. 06300.

Unidad de Medicina Familiar No. 23

Calz. San Juan de Aragón No. 311, Col. San Pedro el Chico. Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07480.

Unidad de Medicina Familiar No. 34

Av. México y Calle 2, Col. Pantitlán. Deleg. Iztacalco, C.P. 08100.

Unidad de Medicina Familiar No. 35

Av. 7 No. 200, Col. Pantitlán. Deleg. Iztacala, C.P. 08100.

Unidad de Medicina Familiar No. 36

Segunda Cerrada 5 de Mayo, Col. Nueva Atzacualco. Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07040.

Unidad de Medicina Familiar No. 37

Valerio Trujano No. 17, Col. Centro. Deleg. Cuauhtemoc, C.P. 06450.

Unidad de Medicina Familiar No. 94

Camino Antiguo San Juan de Aragón, Esq. Puerto Matamoros No. 235, Col. Casas Alemán. Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07929.

Unidad de Medicina Familiar No. 120

Calz. Ignacio Zaragoza No. 1812, Col. Cabeza de Juárez. Deleg. Iztapalapa, C.P. 09227.

- **Segundo Nivel**

Hospital Regional Psiquiátrico Morelos

Calz. San Juan de Aragón No. 311, Col. San Pedro el Chico. Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07480.

Hospital de Gineco Obstericia Tlatelolco

Lerdo Esq. Manuel González s/n, Unidad Nonoalco Tlatelolco. Deleg. Cuauhtemoc, C.P. 06900.

Hospital General Regional No. 25

Calz. Ignacio Zaragoza No. 1840, Col. Juan Escutia Deleg. Iztapalapa, C.P. 09100.

Hospital General de Zona No. 27

Eje Central Lázaro Cárdenas No. 445, Unidad Nonoalco Tlatelolco. Deleg. Cuauhtemoc, C.P. 06300.

Hospital General de Zona No. 29

Av. 510, No. 100, Esq. Emiliano Zapata, Col. San Juan de Aragón, Deleg. Gustavo A. Madero C.P. 07920.

• **Tercer Nivel: Centro Médico La Raza**

Hospital de Especialidades C.M.R.

Seris y Sachila s/n, Col. La Raza. Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990.

Hospital General Gaudencio González Garza C.M.R.

Sachila y Jacarandas, Col. La Raza. Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990.

Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 C.M.R.

Vallejo y Ferrocarril s/n, Col. La Raza. Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990.

Hospital de Infectología C.M.R.

Sachila y Jacarandas Col. La Raza. Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990.

Banco Central de Sangre C.M.R.

Sachila y Jacarandas s/n, Col. La Raza. Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990.

Unidad de Consulta Externa C.M.R.

Vallejo y Jacarandas s/n, Col. La Raza. Deleg. Azcapotzalco, C.P. 02990.