



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN
EL CENTRO DE SALUD “DR. JUAN MANUEL
GONZÁLEZ URUEÑA” DE MORELIA MICHOACÁN**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN

PRESENTA

MARISOL HERNÁNDEZ SANTILLÁN

DIRECTOR DE TESIS

DR. MARCO ALBERTO VALENZO JIMENEZ

MORELIA, MICHOACAN NOVIEMBRE 2024



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

Tel. y Fax (443) 3 16 74 11 y (443) 3 26 62 76

Morelia, Michoacán; a 04 de septiembre de 2024

**DR. RIGOBERTO LÓPEZ ESCALERA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE CONTADURÍA
Y CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
P R E S E N T E**

Los abajo firmantes de la mesa de jurado asignada al alumno(a): **MARISOL HERNANDEZ SANTILLAN** con número de matrícula **9902645H** para revisar su trabajo de tesis titulado: **"LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL CENTRO DE SALUD DR. JUAN MANUEL GONZALEZ URUEÑA DE MORELIA, MICHOACAN"** comunicamos a usted, que después de haber revisado y sugerido las modificaciones pertinentes, y una vez que estas fueron realizadas por el alumno (a), hemos considerado que el trabajo reúne los requisitos establecidos en el Reglamento General para los estudios de Posgrado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por lo que dicho trabajo puede ser editado.

ATENTAMENTE

**PRESIDENTE
DR. MARCO ALBERTO VALENZO
JIMENEZ**

**VOCAL 1
DR. MAURICIO A. CHAGOLLA FARIAS**

**VOCAL 2
DRA. VIRGINIA HERNANDEZ SILVA**

**VOCAL 3
M.F. JUAN CARLOS MIRANDA
ROSALES**

**VOCAL 4
DR. PEDRO CHAVEZ LUGO**

Tel. (443) 322 3500, Av. Francisco J. Mújica S/N. Ciudad Universitaria
C.P. 58030. Morelia Michoacán. www.umich.mx

#HumanistaPorSiempre



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de Morelia, Michoacán, el día 27 de noviembre de 2024, la que suscribe MARISOL HERNÁNDEZ SANTILLÁN, alumna egresada del Programa de Maestría en Administración, adscrito a la Facultad de Contaduría y Ciencias Administrativas, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de tesis bajo la dirección del Dr. Marco Alberto Valenzo Jiménez y cede los derechos del trabajo titulado “LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD DR. JUAN MANUEL GONZÁLEZ URUEÑA DE MORELIA MICHOACÁN” a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección cpmarisol.hdez@outlook.com, si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

C.P. MARISOL HERNÁNDEZ SANTILLÁN

DEDICATORIAS

- ✚ A Dios por haberme permitido llegar a dar este gran paso en mi vida profesional.

- ✚ A mis padres...hace tiempo perdí a mi padre y la alegría, por dar término a esta etapa, se nubla con la tristeza de su ausencia. Sin embargo, quiero hacer de este momento, un reconocimiento especial a su permanente testimonio ante la adversidad, a su capacidad formadora y a sus incansables preguntas que, para responderlas, había que buscar en lo mejor de uno mismo y de la vida, porque gracias a su apoyo incondicional soy lo que soy en este momento, porque son mi fuerza y ejemplo para seguir adelante siempre; independientemente de las barreras que se nos van presentando en nuestro trayecto de vida y porque siempre estuvieron, están y seguirán conmigo en cada instante de mi vida.

- ✚ A mis hermanas, quienes son parte fundamental en mi vida; porque hemos aprendido juntas a compartir buenos momentos y a darnos valor para afrontar con valentía los difíciles momentos y porque me brindan su apoyo y cariño incondicional.

- ✚ A mi familia y amigos, por su apoyo incondicional, porque sin ustedes sería imposible ser feliz, son mi principal motivación para vivir, enfrentar retos, disfrutar momentos y superarme día a día para tratar de ser cada vez mejor.

AGRADECIMIENTOS

Hay momentos en la vida en que merece la pena detenerse unos instantes para hacer silencio, serenar el pensamiento y agradecer...

Esta tesis, es el resultado de un largo tiempo de trabajo, esfuerzo y reflexión. Asimismo, es fruto de un camino en el que muchas personas e instituciones han dado su apoyo para que pueda llevarse a cabo, intentaré, representar a todas ellas, aunque mi gratitud no se reduce a esta lista:

- ✚ A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y su cuerpo académico, porque con su prestigio y calidad educativa, son partícipes de mi formación profesional, dándome la gran oportunidad de dar este gran paso en mi vida sintiéndome orgullosamente Nicolaita.

- ✚ Valoro de un modo especial a mi director de Tesis, Dr. Marco Alberto Valenzo Jiménez, gracias por este tiempo de trabajo, y de aprendizaje, por sus conocimientos, enseñanzas y guía en el desarrollo de este trabajo de investigación; aun resuena en mí el impacto de su pregunta ¿Qué es calidad? Cuando apenas atravesó la puerta, el primer día de los cursos de maestría. Se hizo silencio... y me toco responder... gracias por exigirme, por señalar el camino hacia el trabajo bien hecho, por confiar en mí y darme oportunidades para crecer.

- ✚ Al personal y usuarios del Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia, Michoacán por su valiosa colaboración durante el desarrollo de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIAS	4
AGRADECIMIENTOS	5
TABLA DE CONTENIDO	6
LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS.....	11
GLOSARIO	14
INTRODUCCIÓN	20
CAPITULO I.....	22
FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.1 Introducción e historia de la calidad	22
1.1.1 Definiciones de la calidad	23
1.1.1.1 Perspectiva con base en el juicio	24
1.1.1.2 Perspectiva con base en el producto.....	25
1.1.1.3 Perspectiva con base en el usuario	25
1.1.1.4 Perspectiva con base en el valor.....	27
1.1.1.5 Perspectiva con base en la manufactura	28
1.1.2 Integración de perspectivas sobre calidad	29
1.1.3 Fases de la calidad.....	31
1.1.4 Dimensiones de la calidad	32
1.2 Fundamentos Históricos del Centro de Salud Dr. Juan Manuel González Urueña de Morelia, Michoacán	32
1.2.1 Datos Generales del CSM	35
1.2.2 Servicios que brinda el CSM.....	35
1.2.3 Plantilla de Personal del CSM	36
1.2.4 Antecedentes Históricos	36
1.2.5 Misión	38
1.2.6 Visión.....	38
1.2.7 Valores	38
1.2.8 Propósitos Generales del Centro de Salud Dr. Juan Manuel González Urueña	39

1.3	Situación Problemática	39
1.4	Planteamiento del Problema	45
1.5	Preguntas de la investigación	48
1.5.1	Pregunta principal.....	48
1.5.2	Preguntas específicas	48
1.6	Objetivos de la investigación.....	50
1.6.1	Objetivo General.....	50
1.6.2	Objetivos Específicos	50
1.7	Hipótesis	51
1.7.1	Hipótesis General de Investigación.....	51
1.7.2	Hipótesis Específicas de Investigación	52
1.8	Modelo de Variables	52
1.9	Justificación	53
1.9.1.	Justificación de la investigación	54
1.10	Operacionalización de las variables de la investigación.....	56
1.11	Diagrama de Variables	58
1.12	Matriz de Congruencia.....	59
1.13	Tipo de Investigación	61
CAPITULO II.....		64
MARCO TEÓRICO		64
2	Antecedentes de los estudios de la Administración.....	64
2.1	Enfoque clásico de la Administración	66
2.1.1	La administración científica.....	67
2.1.2	Teoría del proceso administrativo	69
2.1.3	La teoría burocrática.....	72
2.1.4	Principales hipótesis de la teoría clásica.....	74
2.2	Teoría del comportamiento	75
2.2.1	Mary Parker Follet	75
2.2.2	Elton Mayo	76
2.3	El enfoque neoclásico de la administración.....	80
2.4	La administración como ciencia	82
2.5	Enfoques de la administración	83
2.5.1	Estrategia organizacional	83

2.5.2	Equipos de alto desempeño	84
2.5.3	Marketing.....	84
2.5.4	Benchmarking.....	87
2.5.5	Reingeniería	88
2.5.6	Calidad total	89
2.6	Calidad del servicio	89
2.7	Tangibilización de los Servicios.....	91
CAPITULO III.....		93
3	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	93
3.1	Técnicas e instrumento	93
3.2	Horizonte temporal y espacial	94
3.3	Diseño del Instrumento de medición	95
3.4	Elaboración de las escalas de medición.....	95
3.5	Escalas para medir las actitudes.....	96
3.5.1	Escala Tipo Likert	97
3.6	Sujetos de la investigación.....	97
3.7	Universo y muestra del estudio	97
3.8	Validez y confiabilidad de la investigación.....	98
3.9	La relación entre la confiabilidad y la validez.....	100
3.10	Análisis de fiabilidad	100
CAPITULO IV.....		101
4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	101
4.1	Análisis de las variables dependiente e independientes.....	101
4.2	Conclusiones y Recomendaciones	132
BIBLIOGRAFÍA.....		136
ANEXOS.....		140

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	32
TABLA 2 DATOS GENERALES DEL CSM	35
TABLA 3 SERVICIOS QUE BRINDA EL CSM	35
TABLA 4 PLANTILLA DEL PERSONAL DEL CSM	36
TABLA 5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION	56
TABLA 6 DIAGRAMA DE VARIABLES.....	58
TABLA 7 MATRIZ DE CONGRUENCIA.....	59
TABLA 8 CORRELACIÓN VARIABLE 1 TANGIBILIDAD	103
TABLA 9 CORRELACIÓN VARIABLE 2 CONFIABILIDAD	103
TABLA 10 CORRELACIÓN VARIABLE 3 RESPUESTA DEL PERSONAL	104
TABLA 11 CORRELACIÓN VARIABLE 4 ASEGURAMIENTO	105
TABLA 12 CORRELACIÓN VARIABLE 5 EMPATÍA DEL PERSONAL.....	105
TABLA 13 ATRACCION VISUAL DE LAS INSTALACIONES FISICAS	108
TABLA 14 ESPACIOS ADECUADOS DE LAS INSTALACIONES FISICAS	109
TABLA 15 APARIENCIA DE EQUIPOS.....	110
TABLA 16 CALIDAD DE LOS MATERIALES.....	111
TABLA 17 APARIENCIA ADECUADA DE LOS EMPLEADOS.....	112
TABLA 18 CUMPLIMIENTO EFICAZ Y APEGADO A ETICA LABORAL.....	113
TABLA 19 RESOLUCION EFICAZ AL PROBLEMA.....	114
TABLA 20 TIEMPO EFICAZ DEL SERVICIO OTORGADO	115
TABLA 21 NIVEL DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL	116
TABLA 22 NIVEL DE EFICACIA PARA EJECUTAR LAS OPERACIONES	117
TABLA 23 EFICACIA EN LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO	118
TABLA 24 SATISFACCION DE ACTITUD EN SERVICIO PROPORCIONADO	119
TABLA 25 SATISFACCION CON LA AMABILIDAD Y CORDIALIDAD EN SERVICIO PRESTADO	120
TABLA 26 SATISFACCION DEL CONOCIMIENTO EN CUANTO AL SERVICIO .	121
TABLA 27 FRECUENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	122
TABLA 28 GRADO DE CAPACIDAD PARA CAPTAR NECESIDADES	123

TABLA 29 GRADO DE COMPRESION ANTE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS	124
TABLA 30 NIVEL DE SATISFACCION ANTE LOS SERVICIOS BRINDADOS	125
TABLA 31 NIVEL DE COMUNICACION QUE BRINDA EL PERSONAL	126
TABLA 32 GRADO DE CONCIENCIA EN LOS EMPLEADOS AL MOMENTO DE PRESTAR EL SERVICIO	127
TABLA 33 NIVEL DE INVERSION DE CALIDAD DEL CSM.....	128
TABLA 34 NIVEL DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS EMPLEADOS	129
TABLA 35 GRADO DE CERTIFICACION DE CALIDAD	130
TABLA 36 EXISTENCIA DE BENEFICIO EN CONTAR CON SISTEMA DE CALIDAD	131
TABLA 37 GENERO DE LOS ENCUESTADOS	140
TABLA 38 EDAD DE LOS ENCUESTADOS.....	141
TABLA 39 ESTADO CIVIL DEL PERSONAL	142
TABLA 40 NIVEL DE ESTUDIOS	143
TABLA 41 OCUPACION	144

LISTA DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS

ILUSTRACIÓN 1 MODELO DE VARIABLES.....	53
ILUSTRACIÓN 2 CORRELACIÓN SPEARMAN	107
GRAFICO 1 ATRACCION VISUAL DE LAS INSTALACIONES FISICAS	108
GRAFICO 2 ESPACIOS ADECUADOS DE LAS INSTALACIONES FISICAS	109
GRAFICO 3 APARIENCIA DE EQUIPOS	110
GRAFICO 4 CALIDAD DE LOS MATERIALES	111
GRAFICO 5 APARIENCIA ADECUADA DE LOS EMPLEADOS	112
GRAFICO 6 CUMPLIMIENTO EFICAZ Y APEGADO A ETICA LABORAL.....	113
GRAFICO 7 RESOLUCION EFICAZ AL PROBLEMA.....	114
GRAFICO 8 TIEMPO EFICAZ DEL SERVICIO OROTGADO	115
GRAFICO 9 NIVEL DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL	116
GRAFICO 10 NIVEL DE EFICACIA PARA EJECUTAR LAS OPERACIONES	117
GRAFICO 11 EFICACIA EN LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO.....	118
GRAFICO 12 SATISFACCION DE ACTITUD EN SERVICIO PROPORCIONADO	119
GRAFICO 13 SATISFACCION CON LA AMABILIDAD Y CORDIALIDAD EN SERVICIO PRESTADO	120
GRAFICO 14 SATISFACCION DEL CONOCIMIENTO EN CUANTO AL SERVICIO	121
GRAFICO 15 FRECUENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	122
GRAFICO 16 GRADO DE CAPACIDAD PARA CAPTAR NECESIDADES	123
GRAFICO 17 GRADO DE COMPRESION ANTE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS	124
GRAFICO 18 NIVEL DE SATISFACCION ANE LOS SERVICIOS BRINDADOS.	125
GRAFICO 19 NIVEL DE COMUNICACION QUE BRINDA EL PERSONAL.....	126
GRAFICO 20 GRADO DE CONCIENCIA EN LOS EMPLEADOS AL MOMENTO DE PRESTAR EL SERVICIO	127

GRAFICO 21 NIVEL DE INVERSION DE CALIDAD DEL CSM	128
GRAFICO 22 NIVEL DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS EMPLEADOS	129
GRAFICO 23 GRADO DE CERTIFICACION DE CALIDAD	130
GRAFICO 24 EXISTENCIA DE BENEFICIO EN CONTAR CON SISTEMA DE CALIDAD	131
GRAFICO 25 GENERO DE LOS ENCUESTADOS.....	140
GRAFICO 26 EDAD DE LOS ENCUESTADOS	141
GRAFICO 27 ESTADO CIVIL DEL PERSONAL	142
GRAFICO 28 NIVEL DE ESTUDIOS	143
GRAFICO 29 OCUPACION.....	145

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

Contiene los significados de los términos claves utilizados en la investigación. Son palabras nuevas que se crean habitualmente para designar un organismo o institución que atienden específicamente al contexto en que se desenvuelve la calidad del servicio.

CSM. Centro de Salud Morelia

SPSS. Paquete Estadístico de Ciencias Sociales

TQ. Calidad Total

TQM. Administración Total de la Calidad

APO. Administración Por Objetivos.

GLOSARIO

Contiene los significados de los términos claves utilizados en la investigación. Son significados que atienden específicamente al contexto en que se desenvuelve la calidad del servicio.

Administración: Es el conjunto sistemático de reglas para lograr la máxima eficiencia en las formas de estructurar y manejar un organismo social. (Reyes P., 2003).

Alfa de Cronbach: Es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad o consistencia interna de una escala de medida. El alfa de Cronbach es una media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala. Se utiliza para evaluar la confiabilidad de un cuestionario o encuesta. El alfa de Cronbach oscila entre 0 y 1, donde los valores más altos indican mayor fiabilidad. El coeficiente fue desarrollado por Lee Cronbach en 1951.

Aseguramiento: El aseguramiento de la calidad consiste en el seguimiento de unas líneas de actuación planificadas y sistemáticas, implantadas dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa. Estas acciones deben ser demostrables con el objeto de proporcionar la confianza adecuada, tanto a la propia empresa como a los clientes y proveedores (www.isotools.org, s.f.).

Calidad: Es un término difícil de definir, principalmente porque se ha mantenido en constante evolución, por lo que cada definición que se presente debe insertarse en el contexto de la época en que fue desarrollada. En general, se puede decir que calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto o un servicio

para ser de utilidad a quien se sirve de él. Esto es, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades de sus usuarios. Entre estas características podemos mencionar sus funciones operativas (velocidad, capacidad, etc.), el precio y la economía de su uso, durabilidad, seguridad, facilidad y adecuación de uso, que sea simple de manufacturar y de mantener en condiciones operativas, que sea fácil de desechar (ecológico). Todo esto le otorga a un producto la llamada **calidad al consumidor**, sin embargo, aunque esta es la más importante, muchas veces se deben definir otros tipos de calidad relacionados con su planeación, control y mejoramiento. La **calidad de conformancia** es el conjunto de características dadas a un producto durante su proceso de elaboración, las cuales deben ajustarse a lo especificado en su diseño. La **calidad de diseño** constituye el conjunto de características que satisfacen las necesidades del consumidor potencial, y que permiten que el producto pueda tener factibilidad tecnológica de fabricación (Cantú Delgado, 2002).

Coeficiente de correlación de Person: Medida numérica de la asociación lineal entre dos o más variables, que toma valores entre -1.00 y +1.00 (Anderson, Sweeny, & thomas, 2002, pág. 116). Relación entre las puntuaciones obtenidas de una u otras variables en los mismos sujetos (Hernandez Sampieri & Fernandez-Collado, 2010).

Confiabilidad: Disciplina dirigida a prever la seguridad de funcionamiento de equipos, máquinas en general, depósitos, artefactos o componentes de los mismos y se le define como la probabilidad de que bajo condiciones normales, la unidad de producto cumpla con su misión específica durante un tempo económicamente aceptable o también es la determinación de la cualidad de que un producto funcione con la mayor seguridad posible durante un tiempo económicamente aceptable (www.prezzi.com, s.f.).

Diseño de investigación: El diseño de la investigación se refiere al conjunto particular de métodos seleccionados por el investigador tanto para la búsqueda de nuevos hechos, como para la determinación de sus conexiones. Aquí se decide cómo se va a formular el problema, que tipos de instrumentos específicos se van a utilizar (Padua, 2002).

Empatía del Personal: Es la capacidad de ver el mundo como la otra persona, para compartir y comprender sus sentimientos, necesidades, preocupaciones y estado emocional Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1993).

Mejoramiento constante: quiere decir que ya no basta con alcanzar normas estáticas preestablecidas, sino que es necesario un proceso continuo y sin fin hacia la mejora. Proceso ampliado significa que como parte de la organización se incluye también a los proveedores, distribuidores, clientes, inversionistas, empleados y a la comunidad en general; todos como parte integral del proceso ampliado de la empresa. (Estrada Castillo, 2023)

Media Aritmética: Es un **valor central característico de un conjunto de datos estadísticos**. Para calcular la media aritmética se suman todos los valores y se divide entre el número total de datos.

Respuesta del Personal: Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento de la ejecución del servicio. Disposición de ayudar a los clientes (usuarios) y proveerlos de un servicio rápido (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1993).

Servicio: Es la manera de atender; de forma que se adelante a las necesidades y satisfaga las expectativas del cliente causando la mejor impresión durante la estancia en la empresa (Hill, 2001). Para (Berry, 2004) es todo esfuerzo encaminado a atender al cliente y a resolver sus inquietudes, sugerencias, dudas o reclamos. Es todo momento de contacto entre el cliente y la empresa.

Tangibilidad: Se trata en esencia de hacer visible, de evidenciar y de “tocar” de diferentes maneras la propuesta de valor del servicio. Es la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1993).

Variable: Puede definirse como una característica, atributo, propiedad o cualidad (Rojas, 1997).

Variable dependiente: Es la variable que predice para, el supuesto efecto que varía de manera simultánea con cambios o variaciones en la variable independiente (Kerlinget, 2002).

Variable independiente: Es la variable que se predice a partir de, la supuesta causa de la variable dependiente, es la variable manipulada por el experimentador (Kerlinger, 2002).

RESUMEN

La presente investigación tiene la finalidad de determinar cuáles son las variables que explican la calidad del servicio en el Centro de Salud Dr. Juan Manuel González Urueña de Morelia, Michoacán. En este sentido, en la hipótesis general de la investigación se planteó que la tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el CSM.

El objeto de esta investigación se basa en el estudio sobre la calidad del servicio en el Centro de Salud Dr. Juan Manuel González Ureña, de Morelia, Michoacán, con la finalidad de saber el grado de satisfacción con el que cuentan los usuarios que asisten a sus consultas en dicho centro.

Posteriormente, se identificó la problemática del centro de salud Dr. Juan Manuel González Urueña de Morelia, Michoacán, tomando como referencia las variables de estudio. Se consideraron enseguida, los fundamentos metodológicos de la investigación, así como la conceptualización de las variables teóricas que determinan la calidad del servicio en el CSM.

En el trabajo de campo, la recolección de la información se hizo a través de la aplicación de un cuestionario diseñado para este efecto. El análisis estadístico se realizó apoyándose para ello, en el programa SPSS; determinando con ello el coeficiente de correlación de Pearson.

En cuanto a la hipótesis planteada, esta fue aprobada. De igual forma, se obtuvo como resultado que la variable que presentó la correlación más significativa fue la empatía de personal.

PALABRAS CLAVE: Administración, Análisis, Calidad, Centro de Salud y Servicio.

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine which are the variables that explain the quality of the service at the Dr. Juan Manuel González Urueña Health Center in Morelia, Michoacán. In this sense, in the general hypothesis of the research, it was proposed that tangibility, reliability, staff response, assurance and staff empathy are the main variables that determine the efficiency of service quality in the CSM.

The object of this research is based on the study on the quality of service at the Dr. Juan Manuel González Urueña Health Center in Morelia, Michoacán, in order to know the rank of satisfaction of the users who attend their consultations in said center.

Once the problem of the Dr. Juan Manuel González Urueña health center in Morelia, Michoacán was identified, taking the study variables as a reference, the methodological foundations of the research were considered, as well as the conceptualization of the theoretical variables that determine the quality of service in the CSM.

In the fieldwork, the collection of information was done through the application of a questionnaire designed for this purpose. The statistical analysis was carried out with the support of the SPSS program.

As for the hypothesis raised, it was approved. Similarly, it was obtained as a result that the variable that presented the most significant correlation was the empathy of the staff.

KEY WORDS: Administration, Analysis, Quality, Health Center, and Service.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se ocupa de la calidad en el servicio al cliente. Por lo tanto, parece natural que comience por definir las nociones de calidad y servicio: ¿Hay una sola calidad?, o ¿existen varias calidades?; ¿cuál es el costo de la calidad?; ¿qué se entiende exactamente por servicio?

Podemos definir Calidad como "el conjunto de aspectos y características de un producto y servicio que guardan relación con su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o latentes (necesidades que no han sido atendidas por ninguna empresa pero que son demandadas por el público) de los clientes".

Esta es una definición de la calidad claramente centrada en el cliente. Los clientes tienen una serie de necesidades, requisitos y expectativas. Una empresa proporciona calidad cuando su producto o servicio iguala o supera las expectativas de los consumidores; si en todo momento trata de satisfacer la inmensa mayoría de sus necesidades estará proporcionando calidad.

La calidad no es ya un término aplicable únicamente al producto y/o servicio, sino a la organización en su totalidad, entendiéndose además la satisfacción de los clientes como fin principal de la empresa, es decir todas y cada una de las actividades desarrolladas dentro de la empresa y sobre todo las actividades tradicionales del control de calidad deben estar enfocadas a la satisfacción plena de estos.

La calidad la debemos ver como una cultura, ya que es el resultado o efecto de cultivar los valores éticos, actitudes, conocimientos y habilidades y de afinarse por medio del ejercicio las facultades del ser humano, para beneficio de la sociedad. Los principios clave que deben guiar nuestra conducta para desarrollar una cultura de calidad se puede resumir en los siguientes elementos: ética en todo lo que hacemos y respeto al individuo.

La calidad debe convertirse en una forma de vida, con responsabilidad personal y enfocada a la satisfacción de todos aquellos que nos demandan un servicio.

Los ejecutivos de las compañías más fuertes del mercado, e incluso de todas las demás, deben promover la conciencia de la calidad y compartir información con grupos externos tales como organizaciones comunitarias, de negocios, comerciales, escolares y gubernamentales, lo mismo que en actividades relacionadas con normas nacionales e internacionales.

Los hábitos son pautas de conducta que se forman con la conjunción de cuatro elementos: valores éticos, conocimientos, habilidades y actitudes.

El servicio es el conjunto de prestaciones que el cliente espera; además del producto o del servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen, y la reputación del mismo.

Servicio no significa servilismo, aunque, a veces, se tiendan a confundir ambos términos. Esto explica en parte la actitud de ciertos vendedores de grandes almacenes que se limitan únicamente a atender bien a los clientes sin tener en cuenta sus necesidades. No debemos olvidar que sin clientes no hay empresa, y sin servicio no hay clientes.

CAPITULO I

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Introducción e historia de la calidad

La calidad no es un concepto nuevo en los negocios modernos. En octubre de 1887, William Cooper Procter, dijo a sus empleados: “la primera tarea que tenemos es producir mercancía de calidad, para que los consumidores compren y sigan comprando. Si lo hacemos de modo eficiente y económicamente, tendremos una utilidad, para compartir con ustedes”.

En un sentido amplio, el aseguramiento de la calidad se refiere a cualquier acción que se dirija a proporcionar a los consumidores producto (bienes y servicio) de calidad apropiada.

El aseguramiento de la calidad, que por lo general se asocia con alguna forma de actividad de medición e inspección, ha sido un aspecto importante en las operaciones de producción durante toda la historia. La pintura mural egipcia de alrededor de 1450 a.C. muestra evidencias de medición e inspección. Las piedras para las pirámides se cortaron con tanta precisión que incluso en la actualidad resulta imposible insertar la hoja de un cuchillo entre dos bloques. El éxito de los egipcios se debió al uso consistente de métodos y procedimientos bien desarrollados y a dispositivos precisos de medición.

Durante la Edad Media en Europa, el artesano hábil fungía tanto de fabricante como de inspector. Dado que era el “fabricante” quien trataba directamente, existía gran orgullo en el bien hacer. Para asegurar que los artesanos estuvieran

adecuadamente capacitados aparecieron los gremios artesanales, formados por maestros, oficiales y aprendices. El aseguramiento de la calidad era informal, se hacía todo el esfuerzo necesario para asegurar que la calidad quedara incorporada en el producto final por las personas que lo producían. Estas ideas, que se perdieron con el advenimiento de la revolución industrial, son una base importante de los esfuerzos modernos del aseguramiento de la calidad.

A principios de 1900, la obra de Frederick W. Taylor, resulto en una nueva filosofía de la producción. La cual era separar las funciones de planeación de la función de ejecución. Finalmente, las organizaciones de producción crearon departamentos de calidad independientes, conduciendo a una diferencia hacia esta.

Henry Ford, desarrollo a principios de siglo muchos de los fundamentos de lo que ahora conocemos como “administración de la calidad total”. Esta fue descubierta en 1982 los ejecutivos de Ford visitaron Japón, para estudiar las prácticas de referencias “al libro” que el personal de Ford descubrió que se trataba de la traducción al japonés de *My Life and Work*, escrita por Henry Ford y Samuel Crowther en 1926 (Evans & Lindsay, 2008).

1.1.1 Definiciones de la calidad

La calidad puede ser un concepto confuso debido en parte a que las personas consideran la calidad de acuerdo con diversos criterios basados en sus funciones individuales dentro de la cadena de valor de producción-comercialización. Además, el significado de calidad sigue evolucionando conforme la profesión de la calidad crece y madura. Ni asesores ni profesionales de los negocios concuerdan en una definición universal. En un estudio, en que se pidió a los administradores de 86 empresas del este de Estados Unidos definir la calidad, se obtuvieron varias docenas de numerosas respuestas, entre las que se incluyen las siguientes:

- Perfección
- Consistencia
- Eliminación de desperdicios
- Velocidad de entrega
- Observancia de las políticas y procedimientos
- Proveer un producto bueno y útil
- Hacerlo bien la primera vez
- Complacer o satisfacer a los clientes
- Servicio y satisfacción total para el cliente

Por tanto, es importante entender las diferentes perspectivas desde las cuales se ve la calidad a fin de apreciar por completo el papel que desempeña en las distintas partes de una organización de negocios (Evans & Lindsay, 2008)

1.1.1.1 Perspectiva con base en el juicio

Una noción común sobre la calidad, que los consumidores utilizan con frecuencia, es que es sinónimo de superioridad o excelencia. En 1931, Walter Shewhart definió primero la calidad como la bondad de un producto. Este punto de vista se conoce como la definición trascendente (trascender: “elevarse o extenderse más allá de los límites ordinarios”). En este sentido, la calidad “se puede reconocer en forma absoluta y universal, una marca de normas inflexibles y altos logros”. Como tal, no se puede definir con precisión, usted la reconoce cuando la ve. Es común relacionarla de manera vaga con una comparación de rasgos y características de los productos y promulgada mediante esfuerzos de mercadotecnia dirigidos a desarrollar la calidad como una imagen variable en la mente de los consumidores. Ejemplos comunes de los productos a los que se atribuye esta imagen son los hoteles Ritz-Carlton y los automóviles Lexus.

Sin embargo, la excelencia es abstracta y subjetiva y los estándares de excelencia pueden variar de manera considerable entre los individuos. De ahí que la definición trascendente sea de poco valor práctico para los gerentes. No provee un medio mediante el que la calidad se pueda medir o evaluar como base para la toma de decisiones.

1.1.1.2 Perspectiva con base en el producto

Otra definición de la calidad es que es una función de una variable medible, específica y que las diferencias en la calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún atributo del producto, como el número de puntadas por pulgada en una camisa o el número de cilindros en un motor. Esta evaluación implica que niveles o cantidades superiores de características de producto sean equivalentes a una calidad superior. Como resultado, se supone de forma equivocada que la calidad se relaciona con el precio: cuanto más alto sea el precio, más alta será la calidad. Considere el caso de un hombre de Florida que compró un Lamborghini de 262 000 dólares sólo para hallar un toldo con goteras, una batería que sin previo aviso dejó de funcionar, un quemacocos que se desprendió cuando el auto golpeó un tope y puertas que se atascaban. Sin embargo, un producto (un término empleado en este libro para referirse a un bien manufacturado o servicio) no necesita ser caro para que los consumidores lo consideren de alta calidad. Asimismo, tal como sucede con la idea de la excelencia, la evaluación de los atributos del producto puede variar de manera considerable entre las personas.

1.1.1.3 Perspectiva con base en el usuario

Una tercera definición de la calidad se basa en la suposición de que la calidad se determina de acuerdo con lo que el cliente quiere. Las personas tienen distintos deseos y necesidades y, por tanto, diferentes normas de calidad, lo que nos lleva a una definición basada en el usuario: la calidad se define como la adecuación al uso,

o cuán bien desempeña su función el producto. Por ejemplo, tanto un Cadillac sedán como un jeep Cherokee se adaptan a un uso, pero cubren distintas necesidades de diferentes grupos de clientes. Si se desea un vehículo para viajar por carretera con accesorios de lujo, un Cadillac cubrirá mejor estas necesidades. Si se quiere un vehículo para acampar, salir de pesca o ir a esquiar, se podría considerar que un jeep tiene mejor calidad.

La experiencia de Nissan Motor Car Company Limited en el mercado de Estados Unidos ofrece un ejemplo de la aplicación del concepto de adaptación al uso Nissan, que producía una línea de vehículos llamados Datsun (que se derivaban de las raíces históricas de la compañía), incursionó en el mercado estadounidense en 1960. Como no quería usar el nombre de Nissan en una aventura tan riesgosa, decidió utilizar el nombre Datsun en todos los autos y camiones que vendiera en Estados Unidos. Aunque el automóvil era económico, los conductores estadounidenses consideraron que era lento, difícil de manejar, de baja potencia y no muy cómodo. En esencia, carecía de la mayor parte de las cualidades que los conductores estadounidenses esperaban. El representante de la empresa en Estados Unidos, el señor Katayama, no dejaba de hacer preguntas y enviar las respuestas a Tokio. Durante un tiempo, su empresa se negó a creer que las preferencias de los estadounidenses fueran diferentes de las suyas. Después de muchos años de acoso, el señor Katayama obtuvo finalmente un producto del gusto de los estadounidenses, el auto deportivo 240Z de 1970. Con el tiempo, el nombre Nissan reemplazó al de Datsun. Los aficionados a los autos saben ya que Nissan relanzó una versión moderna de este vehículo clásico en 2002.

Un segundo ejemplo proviene de una compañía estadounidense de aparatos electrodomésticos cuyas estufas y refrigeradores admiraron a los compradores japoneses. Por desgracia, los aposentos más pequeños de los hogares típicos japoneses carecían de espacio suficiente para acomodar los modelos estadounidenses. Algunos ni siquiera pasaban por las angostas puertas de las

cocinas. Aunque las características de desempeño de los productos eran elevadas, éstos simplemente no se podían utilizar en Japón.

1.1.1.4 Perspectiva con base en el valor

Un cuarto enfoque para definir la calidad se basa en el valor; es decir, la relación de la utilidad o satisfacción con el precio. Desde este punto de vista, un producto de calidad es aquel que es tan útil como los productos con los que compite y se vende a un menor precio, o bien, aquel que ofrece mayor utilidad o satisfacción a un precio comparable. Así, uno podría comprar un producto genérico y no uno de marca, si se desempeña tan bien como el de marca a un menor precio. Un ejemplo de esta perspectiva en la práctica es evidente en una comparación de los mercados automotrices estadounidense y japonés. Un ejecutivo de mercadotecnia de Chrysler señaló: “Una de las razones principales de que las principales marcas japonesas (Toyota y Honda) no ofrezcan los enormes incentivos de los Tres Grandes (General Motors, Ford y Chrysler) es que ellos tienen una mejor reputación por la durabilidad de largo plazo.” En esencia, los incentivos y descuentos son pagos a los clientes para compensar la menor calidad.

La competencia con base en el valor se convirtió en una estrategia de negocios clave a principios de la década de 1990. Por ejemplo, Procter & Gamble instituyó un concepto que denomina precios de valor, mediante el cual ofrece productos a precios bajos “todos los días” en un intento por contrarrestar la práctica común entre los consumidores de comprar cualquier marca que esté en oferta. De esta manera, P&G esperaba lograr una lealtad del cliente hacia la marca y ventas más consistentes, que darían ventajas significativas a su sistema de manufactura. La competencia exige que las empresas busquen satisfacer las necesidades de los clientes a precios más bajos. El enfoque del valor para la calidad incorpora el objetivo de una empresa de equilibrar las características del producto (el lado de la calidad para el cliente) con eficiencias internas (el lado de las operaciones).

1.1.1.5 Perspectiva con base en la manufactura

Un quinto enfoque de la calidad se basa en la manufactura y define a la calidad como el resultado deseable de la práctica de ingeniería y manufactura o la conformidad con las especificaciones. Las especificaciones son objetivos y tolerancias que determinan los diseñadores de productos y servicios. Los objetivos son los valores ideales por los que se esforzará la producción; las tolerancias se especifican porque los diseñadores reconocen que es imposible alcanzar los objetivos en todo momento de la manufactura (Evans & Lindsay, 2008).

Nos dice (Diaz de Santos, 1996) El problema que plantea el logro de una conceptualización precisa y única de la palabra calidad radica en que, cuando se analiza con detalle, nos encontramos con que casi cada persona tiene una concepción diferente de ella. Pero también, podemos ver que esas diferencias de criterios se producen debido a la cantidad y variedad de dimensiones o criterios que utilizan las distintas personas para definir lo que es la calidad de un producto o servicio; y la posición en la que se sitúan para definir y/o calificar la calidad de un producto o servicio.

La calidad total (TQ) es un sistema administrativo enfocado hacia las personas que intenta lograr un incremento continuo en la satisfacción del cliente a un costo real cada vez más bajo. La TQ es un enfoque de sistema total (no un área o programa independiente) y parte integral de una estrategia de alto nivel; funciona de modo horizontal en todas las funciones y departamentos, comprende a todos los empleados, de arriba abajo y se extiende hacia atrás y hacia delante para incluir la cadena de proveedores y la cadena de clientes. La TQ destaca el aprendizaje y la adaptación al cambio continuo como las claves para el éxito de la organización. La base de la calidad total es filosófica: el método científico. La TQ incluye sistemas, métodos y herramientas. Los sistemas permiten cambiar; la filosofía permanece igual. La TQ se fundamenta en valores que resaltan la dignidad del individuo y el poder de acción de la comunidad (Evans & Lindsay, 2008).

1.1.2 Integración de perspectivas sobre calidad

Nos menciona (Evans & Lindsay, 2008) que, aunque la calidad del producto debe ser importante para todos los individuos en la cadena de valor, la forma de ver la calidad puede depender de la posición de uno en la cadena de valor; es decir, si uno es el diseñador, fabricante o proveedor de servicios, distribuidor o cliente. Para entender este concepto con más claridad desde una perspectiva de manufactura. El cliente es la fuerza impulsora para la producción de bienes y servicios y, por lo general, los clientes ven la calidad desde la perspectiva trascendente o con base en el producto. Los bienes y servicios producidos deben satisfacer las necesidades del cliente; de hecho, la existencia de las organizaciones de negocios depende de la satisfacción de las necesidades de sus clientes. Es el papel de la función de mercadotecnia determinar estas necesidades. Un producto que satisface las necesidades del cliente se puede describir como un producto de calidad. De ahí que la definición de la calidad basada en el usuario sea de gran importancia para la gente que trabaja en mercadotecnia.

El fabricante debe traducir los requisitos del cliente en especificaciones detalladas del producto y el proceso. Hacer esta traducción es el papel de la investigación y el desarrollo, el diseño de producto y la ingeniería. Las especificaciones de producto podrían atender atributos como tamaño, forma, acabado, sabor, dimensiones, tolerancias, materiales, características operativas y aspectos de seguridad. Las especificaciones del proceso indican los tipos de equipo, herramientas e instalaciones que se utilizarán en la producción. Los diseñadores de producto deben equilibrar el desempeño y el costo para cumplir con los objetivos de mercadotecnia; por tanto, la definición de la calidad basada en el valor es la más útil en esta etapa.

Durante las operaciones de manufactura puede ocurrir mucha variación. Los parámetros de las máquinas se desajustan; los operadores y armadores cometen errores; o los materiales pueden estar defectuosos. Incluso en el proceso más controlado, las variaciones específicas en el resultado son inevitables e

impredecibles. La función de manufactura debe garantizar que se cumplen las especificaciones de diseño durante la producción y que el desempeño del producto final es el esperado. Por tanto, para el personal de producción, la calidad se describe mediante la definición basada en la manufactura. La conformidad con las especificaciones del producto es su objetivo.

El ciclo de producción-distribución se completa cuando el producto ha sido llevado de la planta de manufactura, quizá a través de tiendas al mayoreo o al detalle, al cliente. Sin embargo, la distribución no es el fin de la relación del cliente con el fabricante. Es probable que el cliente requiera servicios diversos, como instalación, información para el usuario y capacitación especial. Estos servicios forman parte del producto y no se pueden ignorar en la administración de la calidad.

La atención en los hospitales ofrece una buena ilustración de cómo los distintos puntos de vista hacia la calidad afectan un solo producto dentro del contexto de servicio. La definición trascendente de la calidad se aplica a la necesidad del hospital de promover y mantener una imagen de excelencia al asegurar la competencia de su personal médico, la disponibilidad de tratamientos para trastornos raros o complicados o la existencia de tecnología médica avanzada. Los pacientes y otras organizaciones emiten juicios subjetivos acerca de esta clase de calidad. Aquellos que verifican la eficiencia del hospital y supervisan la consistencia de los tratamientos y el consumo de recursos definen la calidad de acuerdo con las dimensiones basadas en el producto. Esta perspectiva de la calidad predomina entre el gobierno y las agencias que acreditan la atención de la salud.

Las percepciones de los pacientes acerca de la calidad de la atención de la salud se enfocan en criterios basados en el producto y el usuario y sus expectativas son elevadas debido a las mejoras ampliamente publicitadas en la atención médica, avances en los tratamientos con fármacos y las intervenciones quirúrgicas innovadoras. Estas expectativas incrementan la presión sobre los hospitales para

que provean diversos servicios con el fin de satisfacerlas. Conforme aumenta la demanda de servicios sin fallas, el personal médico y los servicios de apoyo deben volver su atención a la definición de la calidad basada en la manufactura. Este punto de vista de las agencias de acreditación y la profesión médica exige sujetarse a diversas prácticas y determina los requisitos de autorización para la práctica.

1.1.3 Fases de la calidad

Antes de aplicar un Sistema de Gestión de la Calidad, cada empresa debe tener en cuenta algunos elementos esenciales. Veamos en qué consisten:

- Definir la situación actual de la organización:

Para mejorar la productividad de una empresa, es fundamental elaborar un diagnóstico de la situación actual de la misma. Es decir, deben quedar claras las razones de por qué es necesario implementar un sistema de gestión y cuáles son los beneficios o ventajas principales que le reportará a la empresa.

- Fijación de objetivos:

Del diagnóstico de la situación se derivan los objetivos, que son metas concretas, reales y a las que puede aspirar la compañía a corto, mediano o largo plazo. Si bien este tipo de procesos aspiran al mejoramiento de la productividad, para ello es necesario definir objetivos parciales como la clarificación de los tiempos de producción, la constitución de equipos de trabajo, la adecuación de recursos, entre otros (Fases para implementar un sistema de calidad orientado al incremento de la productividad, 2015).

1.1.4 Dimensiones de la calidad

Tabla 1. Dimensiones de la Calidad del Servicio

Crterios	Definiciones
Elementos Tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
Capacidad del Respuesta	Disposición de ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.
Profesionalidad	Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento de la ejecución del servicio
Cortesía	Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto.
Credibilidad	Veracidad, creencia, honestidad en el servicio que se provee.
Seguridad	Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
Accesibilidad	Accesible y fácil de contactar.
Comunicación	Mantener a los clientes informados utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles.
Comprensión del Cliente	Hacer el esfuerzo de conocer a sus clientes y sus necesidades.

Fuente. Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1993.

1.2 Fundamentos Históricos del Centro de Salud Dr. Juan Manuel González Urueña de Morelia, Michoacán

El CSM, lleva el nombre de un eminente y ejemplar ciudadano de Michoacán, por las razones que más adelante se expresan, sobre la notable vida del Dr. Juan Manuel González Urueña.

Sería muy largo hacer una descripción biográfica completa de este ilustre michoacano y de quien bástenos expresar solamente, algunos hechos y datos de su fecunda y hermosa biografía para valorar su significada personalidad.

El Dr. Juan Manuel González Urueña, nació en Tancítaro, Michoacán., el 27 de diciembre de 1798, y murió en Celaya, Guanajuato., el año de 1854, desterrado del Estado por la tiranía santanista. El mal que le aquejó fue consecuencia de una afección cardiaca, que los médicos no pudieron evitar y que él mismo, juntamente con los médicos que lo atendían, cambiaba impresiones y discutían los detalles de su propia enfermedad, enseñando verdaderas cátedras a los médicos jóvenes que lo rodeaban. Como todo hombre de temple, al presentir que no había remedio para sus males dijo: “mañana habré muerto; ruego a ustedes que hagan la autopsia de mi cadáver y estudien en mi corazón los problemas que hoy no hemos podido resolver”. Eran los tiempos heroicos de la medicina.

Este fue, pues, el maestro que vivió y murió enseñando. Este fue, el fundador de la Escuela Médica de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Este es el preclaro nombre que lleva nuestro CSM. Tan distinguido varón, nos deja los siguientes títulos de su obra científica, aunque actualmente no se les considere un alto valor científico, por lo menos nos demuestra su capacidad:

- Método vulgar y fácil para la curación de las viruelas. Morelia, 1830.
- Método preservativo y curativo del cólera morbus. 1833.
- Elementos de patología general. 1844.
- Compendio elemental de anatomía general. 1844.
- Estudio sobre las aguas de Cointzio. 1832.

Dejó algunos poemas y algunos manuscritos que hoy en la actualidad siguen perdidos. Además, para su tiempo, fue un filántropo. Jamás hizo de su profesión un lucro, sino más bien un auténtico apostolado.

También fue político, habiendo escalado las más altas magistraturas: diputado local y federal, senador, consejero del gobierno y gobernador de nuestro Estado; fue un mártir de sus convicciones, que fueron siempre las del partido liberal. Fue además de fundador de la Escuela Médica de Michoacán, colaborador activísimo en la

reapertura del Colegio de San Nicolás de Hidalgo y a la vez catedrático; primer presidente del protomedicamento michoacano; escritor fecundo que nos dejara multitud de obras para la enseñanza de la juventud, ensayos breves y de grandes dimensiones, periodista de combate en distintas publicaciones de la época, que él mismo fundó y sostuvo por largo tiempo; tradujo obras del francés, entre ellas algunas de teatro; publicó poesías en el michoacano libre. Distinguida y ejemplar vida consagrada al trabajo social para conquistar mejores días a su Patria. Hombre que realizó ideales que debieran ser ejemplo constante y permanente, para la juventud estudiosa mexicana. Dejando a un lado las agitaciones actuales estériles que tanto perjudican a las generaciones y encaminar sus esfuerzos hacia la consagración de un ideal social como el Dr. Juan Manuel González Urueña, cuya vocación fuera el amor a la ciencia y servir íntegramente a la humanidad.

Contados son los michoacanos que le igualen y que puedan superarle, en acción, en dinamismo, en constancia, en talento y en elevación de ideales.

Hombre tan digno, noble y generoso, fue el Dr. Juan Manuel González Urueña y que, en justo homenaje, lleva su nombre el CSM de esta ciudad.

1.2.1 Datos Generales del CSM

Tabla 2. Datos Generales del CSM

DATOS GENERALES	
NOMBRE	Centro de Salud Dr. Juan Manuel Gonzalez Urueña
DOMICILIO	Benito Juarez No. 225
COLONIA	Centro
CIUDAD	Morelia
ESTADO	Michoacán
CODIGO POSTAL	58000
TELEFONO	(443) 3 17 16 76
TIPO DE INSTITUCION	Publica dedicada a la atención de la salud
DIRECTOR	Dr. Alan el Jach Morales Ramos
ADMINISTRADOR	L.A.E. Pablo Alejandro Tapia Villegas

Fuente. Elaboración propia con base en los estudios realizados.

1.2.2 Servicios que brinda el CSM

Tabla 3. Servicios que brinda el CSM

SERVICIOS QUE BRINDA
Consulta General
Consulta de Pediatría
Consulta de Epidemiología
Consulta de Dermatología
Consulta de Ginecología
Consulta Optometrista
Consulta Ambulatoria
Consulta de Nutrición
Consulta de Rayos X
Consulta Dental
Consulta de Psicología
Servicios de Laboratorio
Servicios de Trabajo Social
Servicios de Vacunación

Fuente. Elaboración propia con base en los estudios realizados.

1.2.3 Plantilla de Personal del CSM

Tabla 4. Plantilla de Personal

CONCEPTO	JORNADA ACUMULADA	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TOTAL
ADMINISTRATIVOS	28	61	8	97
CHOFERES	0	3	0	3
ENFERMERAS	35	68	15	118
ESTADIGRAFA	0	1	0	1
INTENDENCIA	5	1	0	6
LAVANDERIA	1	1	0	2
MEDICOS	27	37	13	77
NUTRIOLOGOS	2	3	1	6
ODONTOLOGOS	8	6	2	16
OPTOMETRISTAS	0	1	0	1
PROMOTORES EN SALUD	5	8	0	13
PSICOLOGOS	3	14	1	18
QUIMICOS	2	10	0	12
RPBI	0	1	0	1
RADIOLOGO	0	1	0	1
SERVICIOS GENERALES	2	5	0	7
TECNICOS LABORATORISTAS	3	2	0	5
TECNICOS RADIOLOGOS	1	0	1	2
TRABAJO SOCIAL	10	11	2	23
VETERINARIOS	1	0	1	2
TOTALES	133	234	44	411

Fuente: Elaboración propia con base en los estudios realizados.

1.2.4 Antecedentes Históricos

Los centros de salud vienen a substituir a las antiguas unidades sanitarias en comunidades urbanas entre 50 a 200 000 habitantes, quitándole toda acción de carácter coercitivo; por consecuencia, es una institución de base principalmente educativa dentro de todos los sectores de la comunidad.

Fue construido y amueblado con fondos de la Junta de Beneficencia, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Lotería Nacional).

El centro principió a funcionar con un subsidio anual de \$300,000.00, a partes iguales por el patrimonio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Gobierno del Estado, según convenio celebrado entre ambas partes.

La inauguración del edificio, se efectuó un año después de la iniciación de su construcción, el 14 de septiembre del 1956, por el C. Dr. Don Ignacio Morones Prieto, Secretario de Salubridad y Asistencia; Sr. General Don Carlos Real, Gerente General de La Lotería Nacional; Sr. General Don Dámaso Cárdenas del Río, Gobernador saliente del Estado; Sr. Licenciado Don David Franco Rodríguez, Gobernador del Estado y la presencia de otras personalidades de la ciudad de México, así como representantes de todas las fuerzas del Estado de Michoacán.

Después de haber realizado un adiestramiento teórico práctico, en el propio Centro, de las enfermeras sanitarias y clínicas, con duración de cuatro meses, el 01 de agosto de 1957, se iniciaron las labores del Centro de Salud, principiando con el servicio Pre-Natal de la sección Materno-Infantil y Administrativa, siguiendo escalonadamente los demás dispensarios, y faltando a la fecha, Saneamiento del Medio Ambiental, y algunos servicios en la sección de Rehabilitación, por retraso en el envío de equipo y encontrándose especializando el personal correspondiente.

El adiestramiento de las enfermeras y demás personal, lo realizó la Secretaría, instructora Alicia Baca Salinas, comisionada atinadamente por la Dirección de Enfermería y Trabajo Social en la República; auxiliada por la jefe de enfermeras de este centro, señorita. Elvira Herrera Rosas, y con la colaboración estrecha del director del propio centro, quien a su vez recibió el asesoramiento del C. Dr. Felipe García Sánchez, director general de Servicios Coordinados en la República, a través del Dr. Heliodoro Celis, jefe de la mesa de centros de salud en esta última dirección; habiendo colaborado los médicos y los encargados de sección que

forman parte de la planta inicial de personal, así como también algunos profesores universitarios.

1.2.5 Misión

El Centro de Salud Urbano “Dr. Juan Manuel González Urueña” es una Institución Pública dedicada a la atención de la Salud, que sirve a la sociedad sin distinciones, con una mística de servicio y atención personalizada mediante profesionales en la prestación de servicios de salud que aplican sus conocimientos de manera ética y humana, y promueven un programa permanente de capacitación en beneficio de la población.

1.2.6 Visión

El Centro de Salud Urbano “Dr. Juan Manuel González Urueña” es considerado como la Unidad de Salud que promueve en sus acciones cotidianas la Excelencia, mejorando la prestación de sus servicios médico-asistenciales con Calidad y Calidez, con la participación de todos y cada uno de los integrantes del Equipo de Trabajo a favor de la Salud de la Comunidad.

Porque como:

USUARIO. Siempre busco trato digno y calidad en los servicios de salud.

PROFESIONAL DE LA SALUD. Me comprometo a llevarlos a cabo.

1.2.7 Valores

En el Centro de Salud Urbano “Dr. Juan Manuel González Urueña” nuestros valores de cada día son:

- Calidad y Calidez
- Labor de Equipo
- Unidad y Compromiso
- Armonía en el Trabajo

- Liderazgo en cada Acción
- Excelencia en el Desempeño
- Comprensión al Otro
- Vocación de Servicio

Sin olvidar que no hay mayor alegría que alcanzar una Meta que exigió lo mejor de Nosotros.

1.2.8 Propósitos Generales del Centro de Salud Dr. Juan Manuel González Urueña

- Estudiar e investigar las condiciones que existen en la comunidad.
- Promover la actuación de la comunidad para el bienestar físico, mental y social.
- Conservar la salud de la comunidad bajo su responsabilidad.

1.3 Situación Problemática

La situación problemática es la parte inicial de la investigación, puede llamarse de distintas maneras, lo fundamental es que hay que comenzar por describir la situación problemática que nos preocupa y que será objeto de estudio, así irán apareciendo con claridad los diferentes factores o variables que lo componen, luego podremos establecer las relaciones entre dichas variables, la cuales constituyen una explicación de las causas o consecuencias probables del problema y nos permiten identificarlo y delimitarlo con mayor claridad (Hurtado Leon & Toro Garrido, 2007, pág. 79).

Para Garcés (2000) una investigación científica es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que permite descubrir nuevos hechos o datos, relaciones o leyes, en cualquier campo del conocimiento.

A lo largo de las siguientes páginas nos concentraremos en el tema de Control de Calidad en el Servicio, uno de los asuntos centrales de todo el mundo.

El desarrollo comienza a principios de los setenta. Si bien en general los europeos no admiraban el Sistema de Atención de la Salud Americano pues la mayoría prefería su Sistema Nacional de Salud, basado en la cobertura universal, el libre acceso y los seguros de salud, algunos percibieron en los Estados Unidos algo que los impresionó: el interés por la calidad de la atención.

Algunos habían visto la realización de auditorías médicas en los hospitales norteamericanos; otros habían leído artículos de Lembcke, Donabedian, Morehead, Peterson y demás pioneros de la calidad de la atención. Se dieron cuenta de que este interés estaba sumamente relacionado con el sistema. Al tener que pagar la totalidad de sus gastos médicos, los pacientes tenían, asimismo, derecho a obtener servicios de alta calidad, al igual que los profesionales de la atención a la salud tenían la responsabilidad ética de brindar buenos servicios. La garantía de una calidad excelente era, al mismo tiempo, un instrumento de la mercadotecnia en un entorno ferozmente competitivo. Los europeos que se dieron cuenta de esta situación la consideraron tan valiosa como para intentarla en sus países; sin embargo, estaban solos para emprender esta empresa. Carecían de mecanismos, de infraestructura, y de incentivos que los apoyaran tanto a ellos como a sus colegas que intentaban medir la calidad de la atención. Los pioneros europeos de la calidad de la atención a la salud fueron lobos solitarios: un cirujano por aquí, un internista por allá; comenzaron a analizar los niveles de calidad de sus propios servicios, por medio de auditorías o analizando las actividades.

Además de los pioneros clínicos, hubo otro grupo de entusiastas: los investigadores. La investigación en servicios de salud era un punto fuerte de la medicina social y de la investigación en salud pública en Europa. Los estudiosos estaban acostumbrados a hacer preguntas como: ¿cuál es el costo-efectividad de la forma de proveer

servicios?, ¿cuál es la ganancia de salud esperada de este procedimiento?, y ¿están satisfechos los pacientes con este servicio? Gradualmente, empezaron a otorgarle mayor interés a la calidad de la atención. Hubo instancias individuales de fracaso y de éxito; cuando revisaron las estadísticas de los resultados de la atención, se sorprendieron al ver la inesperada y aparentemente inexplicable variabilidad en aspectos tales como el tiempo de estancia, el uso de antibióticos y pruebas diagnósticas, y la mortalidad infantil. Comenzaron a preguntarse: ¿tiene esta variabilidad algo que ver con la calidad de la atención? Los investigadores no tenían interés en medir el nivel de calidad per se. Prudentemente se dieron cuenta de que esos eran los dominios de los clínicos, que no aceptaban a ningún intruso.

Entonces enfocaron su atención en la definición del concepto y en el desarrollo de métodos válidos y confiables para la medición de la calidad del servicio.

Asimismo, hubo políticos que se preocuparon por el "valor del dinero"; cuestionaron la noción, ampliamente aceptada, de que los costos de la salud pueden aumentar indefinidamente. Para ellos fue importante asegurarse de que los fondos públicos asignados a la atención a la salud se destinaran a los servicios de alta calidad. Sin embargo, también este grupo era una minoría.

Si bien estos intentos incipientes dejaron huella, no lograron hacer de la garantía de calidad una preocupación continua, por varias razones. Las actitudes profesionales se oponían a la introducción de la garantía de la calidad. Muchos profesionales de la salud consideraron la propuesta de la garantía de calidad como un insulto a su orgullo profesional, ya que parecía insinuar que algo andaba mal en el desempeño de su trabajo. Los pocos clínicos e investigadores activos en la garantía de calidad no estaban en contacto entre sí. Los clínicos no tenían el apoyo metodológico que requerían para sus propósitos. La investigación se daba fuera del mundo clínico. Si los investigadores se atrevían a entrar a un hospital, eran vistos con suspicacia. Finalmente, carecían del apoyo político necesario. La mayoría de los políticos y de

los administradores de los servicios de salud desconocía que la calidad de la atención se puede medir, o bien creía que la garantía de la calidad era un juguete caro e innecesario para promover la excelencia profesional, que tenía muy poco que ver con el mejoramiento de los resultados de la atención.

Durante la década de los ochenta la situación empezó a cambiar. Los presupuestos de la atención a la salud de la mayoría de las naciones europeas seguían incrementándose, pero los clamores críticos ganaron ímpetu. Preguntaban: ¿qué obtenemos a cambio de todo este dinero? Las autoridades de salud y, tal vez aún más importante, los clínicos, estaban atónitos al ver la gran variabilidad de la atención demostrada de un estudio a otro, de un país a otro país.

Estaban convencidos de que vivían en un mundo donde se brindaban servicios uniformes y de alta calidad. ¿Cómo era posible que para los mismos diagnósticos hubiera una variabilidad de hasta cuatro veces más en la mortalidad infantil, de dos veces más en el tiempo de estancia, de seis veces más en el uso de antibióticos y de 10 veces más en la indicación de estudios radiológicos? ¿Había razones válidas para analizar la calidad de la atención?

En este ambiente de curiosidad, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tornó la iniciativa; en 1982, estableció el programa Modelos de Atención a la Salud y Calidad de la Atención. A pesar de los recursos limitados, se inició la tarea de crear conciencia, promover la garantía de calidad y entrenar a los profesionales de la salud para la garantía de calidad. El programa ofrecía cursos anuales de entrenamiento en garantía de calidad, organizaba grupos de trabajo para la definición de conceptos y métodos básicos y promovía el uso de la garantía de la calidad. Aunque es difícil evaluar el impacto de estas actividades, parece que produjeron una masa crítica de profesionales interesados en la atención.

Muchos países europeos comenzaron a movilizarse, algunos independientemente de las actividades de la OMS o parcialmente apoyados por ella. Italia y España fueron los primeros que establecieron sociedades nacionales para la garantía de calidad. Organizaron conferencias nacionales y cursos de entrenamiento. Algunos iniciaron la publicación de una revista sobre garantía de calidad. En Holanda, se estableció una organización nacional financiada con fondos de los seguros de salud para ayudar a los hospitales buscaban implementar la garantía de calidad.

En 1988, el Comité Regional concluyó que el asunto ya no era "si se requería la garantía de la calidad, sino cómo introducirla". Esta decisión fue la luz verde para los que deseaban desarrollar la garantía de calidad. Al año siguiente, la OMS incursionó en un terreno aún más difícil: inició reuniones anuales con las asociaciones médicas nacionales en Europa; después de haber rechazado la inclusión del tema de garantía de la calidad en su agenda dos años antes, tachándolo de etéreo, en la reunión de 1989 se resolvió que la garantía de calidad de la atención era responsabilidad ética de todos los profesionales de la salud.

Así, en 1989, hubo un compromiso político y profesional con la garantía de la calidad en Europa. Sería una exageración decir que las actividades orientadas a la garantía de calidad han proliferado, pero cuando menos ya no son proyectos piloto aislados, sino programas rutinarios apoyados por las administraciones de muchas instituciones de atención a la salud (Hannu, 1993).

Durante las dos últimas décadas, la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad.

Los servicios de salud en Colombia no han sido ajenos a esta tendencia, ya que el auge del modelo de competencia administrada, que entrega a las fuerzas del

mercado la administración de los servicios de salud obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado.

La calidad en la atención es un factor crítico, al punto que se fija para los proveedores de salud la obligación de establecer mecanismos para medirla, que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad.

En Colombia estos desafíos se deben atender considerando los aspectos técnicos y funcionales propios de los servicios de salud, máxime luego de que las privatizaciones derivadas de las reformas al Sistema General de Salud han conducido a la creación de sistemas de salud excluyentes, en los cuales el precio pagado determina el acceso a los servicios para los usuarios y la continuidad de las organizaciones en el mercado.

Si bien es cierto que aspectos como la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios son pilares fundamentales para el afianzamiento de las organizaciones de salud en el mercado, en Colombia estos elementos deben observarse con cuidado (Losada Otálora & Rodríguez Orejuela, 2007).

La calidad de la atención médica es considerada como la clase de atención que se espera que pueda dar al paciente, el máximo estado de bienestar, después de prever las ganancias y las pérdidas, a la hora de los resultados. Por generaciones los profesionales de la salud son los que han decidido, qué es lo mejor para el paciente. Incluso un gran número considera que, con el simple hecho de actuar de acuerdo a las normas y protocolos ya establecidos, se puede ofrecer un servicio de calidad. Sin embargo, esta es solo una de las partes que debe tener un servicio de atención médica de calidad, pero evidentemente no es suficiente para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

Tradicionalmente, en México, las instituciones públicas de salud han utilizado mecanismos de control para la administración del ejercicio médico, los cuales han tenido efectos contraproducentes sobre la calidad de la atención médica.

Al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica, México enfrenta un gran número de carencias de recursos, por lo cual la calidad de los servicios de salud está muy por debajo, de las expectativas de la población.

De hecho, las aplicaciones de los servicios de salud se han realizado, sobre la base de un modelo de atención que no es el más propicio para la atención médica, que olvida la promoción de la salud, para ocuparse en la reparación de órganos enfermos del sistema nacional, y se olvida de las principales necesidades y demandas de la población. Ahora bien, en un ambiente, dónde el médico se centra principalmente en temas cuantitativos, dejando de lado el tema humanístico, es evidente entonces que la calidad de atención y de servicio, declina cabalmente.

Es innegable que los avances en las condiciones de salud han contribuido a la formación de capital humano en el país y a crear las bases para un mayor desarrollo económico. Sin embargo, la falta de competitividad del sistema de salud mexicano refleja las deficiencias en cobertura y calidad (Servicios de Salud de Michoacán, 2014).

1.4 Planteamiento del Problema

Para que una idea sea objeto de investigación, debe convertirse en problema de investigación. Ahora, en investigación, problema es todo aquello que se convierte en objeto de reflexión y sobre el cual se percibe la necesidad de conocer y, por lo tanto, de estudiar. Plantear el problema de investigación significa: enunciar el problema y formular el problema (Bernal Torres, 2010).

Tomando en cuenta el señalamiento anterior y con la intención de encontrar las mejores posibilidades de éxito, se describe la situación problemática del Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña”, como entidad de servicios de salud pública en la ciudad de Morelia, en el Estado de Michoacán, la hace vulnerable a la burocracia, que por su naturaleza conllevan las instituciones públicas, enfrentándola a un sinnúmero de problemas financieros y administrativos, debido a que los recursos materiales, financieros y humanos son determinados y otorgados por el gobierno a través de la Secretaría de Salud.

La calidad de la atención médica es considerada como la clase de atención que se espera que pueda dar al paciente, el máximo estado de bienestar, después de prever las ganancias y las pérdidas, a la hora de los resultados.

Por generaciones los profesionales de la salud son los que han decidido, qué es lo mejor para el paciente. Incluso un gran número considera que, con el simple hecho de actuar de acuerdo con las normas y protocolos ya establecidos, se puede ofrecer un servicio de calidad. Sin embargo, esta es solo una de las partes que debe tener un servicio de atención médica de calidad, pero evidentemente no es suficiente para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

Tradicionalmente, en México, las instituciones públicas de salud han utilizado mecanismos de control para la administración del ejercicio médico, los cuales han tenido efectos contraproducentes sobre la calidad de la atención médica.

Al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica, México enfrenta un gran número de carencias de recursos, por lo cual la calidad de los servicios de salud, está muy por debajo, de las expectativas de la población.

De hecho, las aplicaciones de los servicios de salud se han realizado, sobre la base de un modelo de atención que no es el más propicio para la atención médica, que olvida la promoción de la salud, para ocuparse en la reparación de órganos enfermos del sistema nacional, y se olvida de las principales necesidades y demandas de la población.

Ahora bien, en un ambiente, dónde el médico se centra principalmente en temas cuantitativos, dejando de lado el tema humanístico, es evidente entonces que la calidad de atención y de servicio, declina cabalmente.

Es innegable que los avances en las condiciones de salud han contribuido a la formación de capital humano en el país y a crear las bases para un mayor desarrollo económico. Sin embargo, la falta de competitividad del sistema de salud mexicano refleja las deficiencias en cobertura y calidad.

Lo anterior limita a la Institución a trabajar con tales recursos, desencadenando con ello diversos problemas tales como: deficiencias económicas, infraestructura física inadecuada, equipo de cómputo insuficiente, salarios deficientes e inequitativos, entre otros; aspectos que en forma integral generan un servicio de calidad inadecuado, que requiere de apoyo para crear en los trabajadores un sentido de pertenencia, identificación y compromiso con la Institución. Por esta razón el objeto de estudio gira en torno a la eficiencia de la calidad del servicio en el Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña”, y se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?

1.5 Preguntas de la investigación

Las preguntas de investigación tienen por objeto plantear el problema de investigación de manera directa minimizando la distorsión (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

1.5.1 Pregunta principal

¿En qué medida la tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?

1.5.2 Preguntas específicas

1. ¿De qué manera influye la tangibilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?
2. ¿Cómo influye la confiabilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?
3. ¿Cuáles son los efectos que influyen en la respuesta del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?
4. ¿Cómo incide el aseguramiento en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?

5. ¿De qué manera influye la empatía del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?

1.6 Objetivos de la investigación

Los objetivos de la investigación tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Cuando se ha seleccionado el tema de investigación y se ha formulado el problema, debe formularse los objetivos de la investigación, que deben estar armonizados con los del investigador y los de la investigación. El objetivo de la investigación es el enunciado claro y preciso de los propósitos por los cuales se lleva a cabo la investigación, el objetivo del investigador es llegar a tomar decisiones y a desarrollar una teoría que le permita generalizar y resolver en la misma forma problemas semejantes en el futuro (Tamayo y Tamayo, 2003).

1.6.1 Objetivo General

Determinar en qué medida la tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.

1.6.2 Objetivos Específicos

1. De qué manera influye la tangibilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
2. Cómo influye la confiabilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.

3. Cuáles son los efectos que influyen en la respuesta del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
4. Cómo incide el aseguramiento en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
5. De qué manera influye la empatía del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.

1.7 Hipótesis

Son las guías para la investigación o estudio. Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado; deben ser formuladas a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación. Cabe señalar que en nuestra vida cotidiana constantemente elaboramos hipótesis acerca de muchas cosas y luego indagamos su veracidad (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

1.7.1 Hipótesis General de Investigación

La tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.

1.7.2 Hipótesis Específicas de Investigación

1. El mejoramiento en la tangibilidad influye en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
2. La confiabilidad influye positivamente en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
3. Una mejor respuesta del personal propicia la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
4. Los incrementos en el aseguramiento facilitan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.
5. El incremento en la empatía del personal mejora notablemente la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.

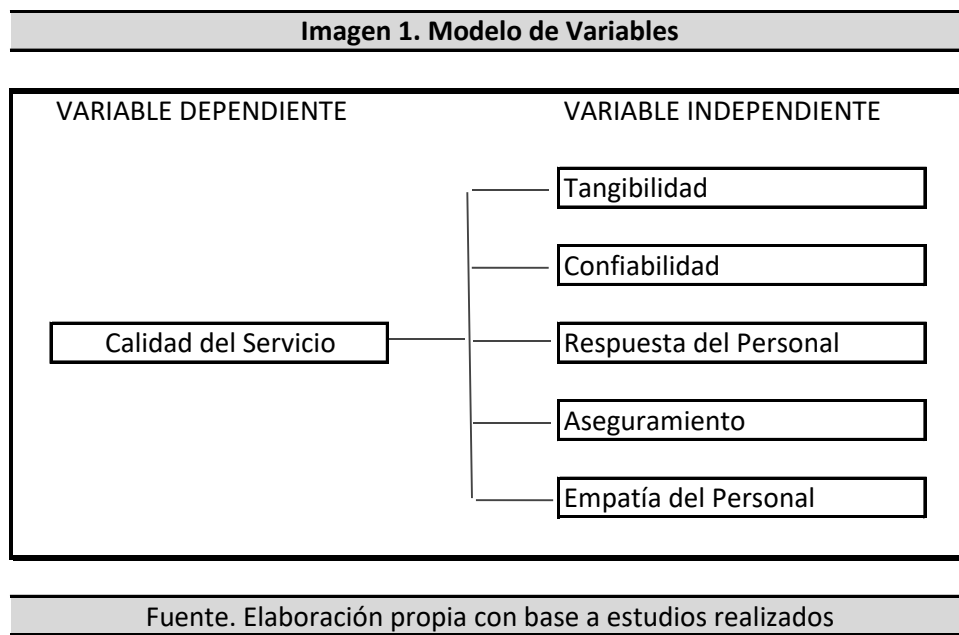
1.8 Modelo de Variables

La definición dada por (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006), respecto a una variable es: propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse; así, el concepto de variable se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida. Se conoce que las variables

adquieren un valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o una teoría.

Ahora bien, las variables de la investigación según Sampieri & otros (2006) son las propiedades medidas que forman parte de las hipótesis o que se pretenden describir. Las variables pueden requerir uno o varios ítems para ser medidas.

A continuación se presenta el modelo de variables consideradas en esta investigación:



1.9 Justificación

La justificación de la investigación indica el porqué de la investigación exponiendo sus razones. Por medio de la justificación debemos demostrar que el estudio es

necesario e importante. (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Para Bernal Torres y Cesar Augusto (2010), Toda investigación está orientada a la resolución de algún problema; por consiguiente, es necesario justificar, o exponer, los motivos que merecen la investigación. Asimismo, debe determinarse su cubrimiento o dimensión para conocer su viabilidad.

1.9.1. Justificación de la investigación

El interés de este estudio se explica por la creciente necesidad de conocer las percepciones de calidad y el nivel de satisfacción que pacientes y usuarios, en general, obtienen de los servicios de salud. Este conocimiento está siendo cada vez más relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales, y, en particular, de políticas públicas de salud, aceptando que un mayor grado de satisfacción de los usuarios, asociado a percepciones de mayor calidad, es un resultado social deseable y deseado por la gestión hospitalaria pública y consecuente con la aplicación del marketing en este sector, que se ha estado analizando.

Bajo estas consideraciones, este trabajo tiene como propósito identificar los componentes principales de gestión orientados al usuario, que tienen incidencia en sus percepciones de calidad; como también los elementos del servicio que influirían en su satisfacción global.

Estos resultados deben proporcionar una base útil para la puesta en marcha de aspectos de gestión que mejoren la calidad de atención al usuario del centro hospitalario y consigan elevar su nivel de satisfacción con el mismo. El punto de partida respecto a la calidad del servicio es que ésta depende del ajuste entre la gestión de dicho servicio (y su orientación) y las expectativas del cliente o usuario; lo que supone, en definitiva, una comparación entre el servicio esperado y el servicio recibido.

La realización de esta investigación se sustenta en el reconocimiento de que la atención al cliente se ha convertido en uno de los factores claves para el éxito de las empresas; por tal razón, los jefes, los gerentes o propietarios deben desarrollar planes para satisfacer al cliente y mantenerse en el mercado.

El principal problema a resolver en la presente investigación es la detección de errores en la entrega del servicio, para sugerir áreas de oportunidad y mejora en los departamentos de contacto directo con el cliente. Esta problemática surge a raíz del desconocimiento que tiene sobre la percepción y las expectativas que observan sus clientes cuando reciben el servicio.

La retroalimentación que el cliente facilite a la empresa, se puede considerar el punto de referencia más importante, ya que es él quien recibe el servicio, quien lo evalúa y quien determina como le gustaría que le fuera entregado dicho servicio para posteriores ocasiones.

1.10 Operacionalización de las variables de la investigación

Tabla 5. Operacionalización de las Variables de la Investigación

Variable Independiente	Definición Real	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	No. Item
Tangibilidad	Es un adjetivo que indica que algo se puede tocar. También indica que se puede percibir de manera precisa	Utilizar elementos tangibles que permitan generar asociaciones con la calidad del servicio, con el fin de facilitar la percepción de los consumidores y eliminar o reducir el riesgo percibido en estos	Instalaciones	Instalaciones Físicas Visualmente Atractivas	1,2
			Equipamiento	Apariencia del Equipo que se utiliza	3
			Elementos Materiales	Estado en el que se encuentran los materiales	4
			Empleados	Apariencia que tienen los empleados	5
Confiabilidad	Es la capacidad de un ítem de desempeñar una función requerida en condiciones establecidas durante un periodo de tiempo determinado	Parte que brinda el operador hacia el usuario para satisfacer las necesidades del servicio que está prestando, ofreciendo calidez y calidad humana para el desempeño profesional	Cumplimiento	Cumplimiento respecto a lo prometido en su rol Ético-Laboral	6
			Sinceridad	Interés por resolver el problema del usuario	7
			Servicio	Tiempo considerable en brindar el servicio	8
Respuesta del Personal	Es una prioridad, encontrarás que las oportunidades de servir a tus clientes aumentarán, mientras que los problemas y las cuestiones de servicio disminuirán	Es dar la respuesta que se considere más adecuada a cada uno de los usuarios	Responsabilidad	Acuerdo con el fin de mejorar el servicio prestado	9
			Eficiencia del Servicio	Facilidad para ejecutar sus funciones	10
			Disponibilidad	Disponibilidad para ayudar al usuario	11

Variable Independiente	Definición Real	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	No. Item
Aseguramiento	Es el conjunto de actividades planificadas y sistematicas aplicadas en un sistema de gestión de la calidad para que los requisitos de un producto o servicio sean satisfechos	Cualquier acción que se toma con el fin de dar a los consumidores productos (bienes o servicios) de calidad adecuada	Comportamiento	Actitud con la que desempeña su función de manera oportuna	12
			Amabilidad	Se es cordial con las personas de manera adecuada	13
			Conocimiento	Que cuente con el conocimiento suficiente	14
Empatía del Personal	Es la capacidad cognitiva de percibir lo que otro ser puede sentir	Ponerse en el lugar de otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando	Atención Individualizada	Valoración conciente en el cumplimiento de sus obligaciones	15
				Capacidad de captar las necesidades ajenas	
			Comprensión	Comprensión respecto a necesidades del	17
			Comuniación	Forma adecuada para dar indicaciones al usuario	18
Variable Dependiente	Definición Real	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	No. Item
Calidad	La calidad la define el cliente, es el juicio que éste tiene sobre un producto o servicio y resulta por lo general en la aprobación o rechazo del producto. Así la calidad es ante toda satisfacción del cliente.	Es la aplicación de la mejora continua en los procesos de producción, de las normas de calidad y de los sistemas de calidad en beneficio de la empresa	Mejora Continua	Conunicación	19
				Conciencia de los empleados	20
				Inversión	21
			Normas de Calidad	Conocimiento	22
				Certificación de Calidad	23
Sistemas de Calidad	Beneficios del Sistema de Calidad	24			

1.11 Diagrama de Variables

Tabla 6. Diagrama de Variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADORES	VARIABLE DEPENDIENTE
Tangibilidad	Instalaciones	Instalaciones Físicas Visualmente Atractivas	Calidad en el Servicio
	Equipamiento	Apariencia del Equipo que se utiliza	
	Elementos Materiales	Estado en el que se encuentran los materiales	
	Empleados	Apariencia que tienen los empleados	
Confiabilidad	Cumplimiento	Cumplimiento respecto a lo prometido en su rol ético-laboral	
	Sinceridad	Interés por resolver el problema del usuario	
	Servicio	Tiempo considerable en brindar el servicio	
Respuesta del Personal	Responsabilidad	Acuerdo con el fin de mejorar el servicio prestado	
	Eficiencia del Servicio	Facilidad para ejecutar sus funciones	
	Disponibilidad	Disponibilidad para ayudar al usuario	
Aseguramiento	Comportamiento	Actitud con la que desempeña su función de manera oportuna	
	Amabilidad	Se es cordial con las personas de manera adecuada	
	Conocimiento	Que cuente con el conocimiento suficiente	
Empatía del Personal	Atención Individualizada	Valoración consciente en el cumplimiento de sus obligaciones	
		Capacidad de captar las necesidades ajenas	
	Comprensión	Comprensión respecto a necesidades del usuario	
	Comunicación	Forma adecuada para dar indicaciones al usuario	

Fuente. Elaboración propia con base a estudios realizados.

1.12 Matriz de Congruencia

Tabla 7. Matriz de Congruencia				
Descripción	Pregunta General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables
La calidad es una herramienta básica para una propiedad inherente que le confiere capacidad para satisfacer necesidades.	<p>¿En qué medida la tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán?</p> <p>Preguntas Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿De qué manera influye la tangibilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán? ❖ ¿Cómo influye la confiabilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán? 	<p>Determinar en qué medida la tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ De qué manera influye la tangibilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. ❖ Cómo influye la confiabilidad en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. 	<p>La tangibilidad, la confiabilidad, la respuesta del personal, el aseguramiento y la empatía del personal son las principales variables que determinan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El mejoramiento en la tangibilidad influye en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. ❖ La confiabilidad influye positivamente en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. ❖ Una mejor respuesta del personal propicia la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan 	<p>V. Dependiente</p> <p>Calidad en el Servicio</p> <p>V. Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tangibilidad ❖ Confiabilidad ❖ Respuesta del Personal ❖ Aseguramiento ❖ Empatía del Personal

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Cuáles son los efectos que influyen en la respuesta del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán? ❖ ¿Cómo incide el aseguramiento en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán? ❖ ¿De qué manera influye la empatía del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuáles son los efectos que influyen en la respuesta del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. ❖ Cómo incide el aseguramiento en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. ❖ De qué manera influye la empatía del personal en la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. 	<p>Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los incrementos en el aseguramiento facilitan la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. ❖ El incremento en la empatía del personal mejora notablemente la eficiencia de la calidad del servicio en el centro de salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán. 	
--	--	---	--	--

1.13 Tipo de Investigación

La palabra investigación, en general, remite hacia una indagación, búsqueda sistemática, intencional, de "algo" previamente determinado. Este proceso de indagación también puede entenderse como una secuencia de acciones orientadas hacia la solución de una situación problemática. Para llevar a cabo el proceso indagatorio, el hombre posee una serie de capacidades intelectuales de raciocinio crítico que le permiten desarrollar actividades de análisis y de síntesis, con la finalidad de ordenar y jerarquizar tanto los problemas a los que se enfrenta cotidianamente como las acciones para resolverlos. Esta capacidad innata de lógica jerárquica aparece instintivamente en forma de "sentido común" cuando el individuo realiza cualquier actividad cognitiva y transformadora de la realidad. Tal actividad empírica generadora y procesadora de conocimiento de la realidad, puede etiquetarse como investigación instintiva o silvestre.

La propia experiencia humana ha dado lugar a la sistematización de este proceso, originando una investigación que podría entenderse como más "cultivada" y que hoy día llamamos investigación científica. En este sentido, las diferencias centrales entre dos tipos de investigación, la "silvestre" y la "cultivada" o científica, es que la primera se basa en la intuición y el sentido común, mientras que la segunda en algunos conocimientos previamente comprobados (teoría) y en procedimientos rigurosos y sistemáticos (metodología). (Pacheco Espejel & Cruz Estrada, 2006).

Por su parte, (Sabino C. A.) Llama investigación científica: "a la actividad que nos permite obtener conocimientos científicos, es decir, conocimientos que se procura sean objetivos, sistemáticos, claros, organizados y verificables". (García Aviles, 2000) Asegura que: "Investigar significa, de este modo, buscar, inquirir, localizar o escudriñar hechos y datos que nos permitan conocer algo que ignoramos. En ciencia, esa búsqueda se refiere a fenómenos naturales o sociales que afectan al

hombre y que pueden ser controlados y usados en su beneficio sólo si se conocen a fondo”.

Esta parte tiene como objetivo describir el diseño de la investigación que se utilizará para esta tesis.

Por lo tanto, la presente investigación científica tiene un diseño no experimental descriptivo-correlacional, causal, hipotético deductivo-inductivo y también de carácter cuantitativo-cualitativo, con predominancia cualitativa. Es descriptivo, como su nombre lo indica, porque describe el objeto de estudio. Es correlacional porque en esta investigación se busca medir el grado de relación entre las variables independientes con la dependiente. Es casual, porque busca una explicación o causa de entendimiento entre las variables involucradas. Es hipotético deductivo-inductivo porque se propone una hipótesis como consecuencia de las inferencias y del conjunto de datos empíricos o de principios y leyes más generales.

El método hipotético-deductivo ha sido por muchos como el método científico por excelencia. Se aplica empezando por la introducción de una hipótesis que puede resultar de anteriores inducciones, de una conjetura o de un acto de la imaginación creativa.

Es cualitativa-cuantitativo porque se plantean preguntas para medir las actitudes y se establecen escalas numéricas para responderlas, el empleo combinado en una investigación puede contribuir a controlar y corregir los sesgos propios de cada método.

Con ello se busca encontrar un plan de las estrategias que mejoren la Calidad en el Servicio, pasando previamente por las etapas de la investigación descriptiva, con la finalidad de analizar el comportamiento del fenómeno de la Eficiencia de la Calidad

del Servicio en el Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña”, así como la relación entre las características o factores que inciden en la mejora de ésta.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Sampieri et al (2006), opina que, para elaborar el marco teórico, se debe tener planteado el problema de estudio, haber evaluado la relevancia y la factibilidad y posteriormente sustentar con teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes, lo cual dará la pauta de referencia para interpretar los resultados de estudio.

2 Antecedentes de los estudios de la Administración

En la medida que se desarrolló la civilización, el ser humano tuvo que crear sistemas de registro para controlar y administrar sus intercambios de productos en el comercio. Poco a poco evolucionaron los sistemas administrativos y mejoró la productividad, lo cual determinó la capacidad de una sociedad para dominar a otra mediante sus productos. Así, pronto se dio cuenta el hombre de que la gestión comercial y la producción de bienes y servicios constituyen un factor estratégico y son la base del desarrollo económico y social.

Durante la civilización grecorromana se formularon teorías y métodos administrativos más complejos. Apareció en el derecho de esa época el contrato de mandato (figura jurídica que permitía delegar los asuntos administrativos a un tercero capacitado para atender, en nombre de otro u otros, la gestión y administración de una propiedad, de un navío o de una caravana comercial). El mandato es el antecedente del *management* contemporáneo o del gestor de negocios español o francés.

Posteriormente, cuando la Revolución Industrial hizo más complejos los sistemas de producción y comercialización, surgió el estudio de la administración como

ciencia, sobre todo en los países más avanzados de la época: Inglaterra, Estados Unidos de América, Alemania y otros.

Muchos autores reconocen al inglés Adam Smith como pionero y principal pensador de los temas económico-administrativos de ese periodo, con gran influencia en la formación del sistema capitalista porque sentó las bases para dividir las operaciones de los procesos. Esto propició que la producción en serie incrementara la productividad y el desarrollo industrial, lo cual permitió modificar el sistema gremial de producción basado en la destreza de un oficial para elaborar un producto completo, condición imperante durante la Edad Media hasta antes de la Revolución Industrial.

El desarrollo industrial favoreció la creación de las primeras escuelas de gestión de negocios y administración. En 1881, Joseph Warton, financiero y fabricante de hierro en Filadelfia, patrocinó la fundación de la primera escuela de comercio, negocios y administración en Estados Unidos. En 1908, la Universidad de Harvard estableció la carrera de administración de empresas para el desarrollo del management directivo, equivalente a lo que en Francia y en España se llama actualmente gestión de negocios o gestión empresarial.

Luego de la Segunda Guerra Mundial surgió un interés por formar administradores de empresas en todo el mundo. En el estado mexicano de Nuevo León los principales industriales fundaron el Tecnológico de Monterrey para formar administradores y gerentes de sus empresas. En la ciudad de México se fundó el ITAM (Instituto Tecnológico autónomo de México), también patrocinado por empresarios. Más adelante, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras universidades públicas del país crearon las carreras y estudios de posgrado sobre administración. Situación similar pasó en todos los países de Latinoamérica, donde sobresale Brasil con la escuela de negocios Getulio Vargas (Hernández y Rodríguez, 2011).

2.1 Enfoque clásico de la Administración

La génesis de la moderna teoría administrativa se inicia con la revolución industrial y, comparada con otras disciplinas, es muy joven. Como cuerpo sistemático de conocimientos basado en fundamentos teóricos es casi exclusivamente producto del siglo XX, sin embargo, en este lapso su desarrollo ha sido espectacular y se han generado numerosas teorías.

Los orígenes del desarrollo de la Administración como disciplina se asignan unánimemente a dos hechos genéricos:

1. Por un lado, el crecimiento acelerado y desorganizado de las empresas que dificultó las labores de los administradores y obligó a un enfoque científico que sustituyera al empirismo existente. Del aumento del tamaño de las empresas surgen las condiciones para poder plantearse la producción a largo plazo y la necesidad de una planificación no improvisada.
2. Por otro lado, la necesidad de aumentar la eficiencia y la competencia de las organizaciones. Ha aparecido la producción en masa, las empresas están entrando en un ámbito de competitividad y se hace necesario aprovechar al máximo los recursos al mismo tiempo. Así surgen los primeros intentos de división del trabajo entre quienes piensan y quienes ejecutan.

Casi todos los estudiosos de la evolución del pensamiento administrativo coinciden en que el enfoque clásico de la administración puede desdoblarse en dos orientaciones bastante diferentes y hasta cierto punto contrapuestas entre sí (Chiavenato, 1990), pero que se complementan con relativa coherencia. Por un lado, la escuela de la administración científica, desarrollada en los Estados Unidos a partir de los trabajos de Taylor y, por otro lado, la corriente de los anatomistas y fisiólogos de la organización, llamada teoría del proceso administrativo, que se desarrolló en Francia a partir de los trabajos de Fayol. No todos los autores

consultados introducen dentro de los enfoques clásicos la teoría burocrática desarrollada por Weber, pero desde nuestra perspectiva, y entendiendo que la concepción de las organizaciones es, al igual que en los autores anteriores, una concepción de sistema cerrado, nos hemos visto obligados a introducir su estudio en este apartado.

2.1.1 La administración científica

El movimiento de la administración científica recibió su impulso inicial con Frederick Taylor (1856-1915) en la última parte del siglo XIX y primera parte del siglo XX. Taylor nació en Filadelfia. Procedía de una familia de cuáqueros de principios rígidos y por lo tanto se educó dentro una mentalidad de disciplina, devoción al trabajo y al ahorro. Inició su vida profesional como obrero, en 1889, en la Midvale Steel Co. Posteriormente ascendió a supervisor, jefe de taller y finalmente, en 1885, a ingeniero, después de graduarse en el Stevens Institute.

La publicación de su libro Principios de Administración Científica en 1911, donde plantea sus ideas sobre la racionalización del trabajo y donde plantea además que estos principios teóricos deben ir acompañados de una estructuración de la empresa, es para muchos autores el inicio del desarrollo de una administración científica. Según Scott (1987), los puntos de vista de Taylor estaban influenciados por la ética protestante que predominaba en su tiempo. Aceptaba el valor del trabajo arduo, la racionalidad económica, el individualismo y la idea de que cada hombre tenía que desempeñar un rol social.

Taylor no desarrolló una extensa teoría general de Administración puesto que tenía una orientación pragmática que se preocupaba principalmente de los aspectos empíricos y se encaminaba principalmente al incremento de la eficiencia del trabajador. Con sus principios de la dirección científica, además de aspirar a racionalizar el comportamiento de los trabajadores, también aspiraba a reemplazar las actividades arbitrarias y caprichosas de los directivos por procedimientos

analíticos y científicos (Taylor, 1947). En sus primeros escritos hacía referencia a sus ideas como «tarea administrativa». No fue hasta 1910 cuando Louis Brandeis acuñó el término «administración científica» en un informe ante la Comisión Interestatal de Comercio.

Taylor definió cuatro principios de administración, que darían como resultado de su seguimiento una mayor prosperidad, tanto para los directores que conseguirían mayores beneficios, como para los trabajadores que lograrían una mejor retribución por su trabajo. (Chiavenato, 1990) Afirma que el objetivo final de Taylor era que los directivos asumieran como guía en el desarrollo de sus funciones los cuatro principios siguientes:

1. Principio de planificación: sustitución en el trabajo del criterio individual del trabajador, la improvisación y la actuación empírico-práctica por métodos basados en procedimientos científicos. Sustitución de la improvisación por la ciencia mediante la planificación del método.
2. Principio de preparación: selección científica de los trabajadores; hay que prepararlos y formarlos para que produzcan más y mejor. En el pasado, el propio trabajador escogía su trabajo y la forma de ejecutarlo y se formaba a sí mismo dentro de los límites de sus posibilidades.
3. Principio de control: hay que controlar el trabajo para cerciorarse de que está siendo ejecutado según las normas establecidas y según el plan previsto. Es necesaria una estrecha colaboración entre directivos y trabajadores para que la ejecución sea lo más efectiva posible.
4. Principio de ejecución: asignación diferenciada de las atribuciones y responsabilidades para que la ejecución del trabajo sea más disciplinada. Los trabajadores asumen la responsabilidad de ejecutar las tareas y la dirección la correspondiente a su diseño y planificación.

Taylor tuvo una gran influencia en las prácticas administrativas de las siguientes décadas. Aun en nuestros días, los principios administrativos taylorianos forman parte del pensamiento administrativo, principalmente en las fábricas y en las operaciones industriales. Resulta un tanto sorprendente, y Taylor fue el primer sorprendido, que las críticas contra la administración científica no tuvieran más detractores entre los mismos administradores, que en definitiva eran los perjudicados al tener que cambiar todos sus hábitos de trabajo. Las resistencias más fuertes provinieron de los trabajadores y sobre todo de los líderes sindicales.

Las principales críticas al enfoque clásico de la Administración según Taylor se centraron en cuatro puntos:

1. Su concepción ingenieril de la administración, centrada en la tarea, que veía al trabajador como un complemento de la máquina.
2. Su extremo racionalismo a la hora de concebir la Administración.
3. El enfoque de sistema cerrado donde se considera la organización de forma aislada y sin consideraciones al entorno.
4. La ausencia de trabajos experimentales que apoyaran las hipótesis que planteaba su teoría.

2.1.2 Teoría del proceso administrativo

Como hemos visto en el epígrafe anterior, la administración científica se interesaba por la optimización del esfuerzo en el ámbito operativo o de taller, por lo tanto, era un mini enfoque mecanicista. En contraste, la visión funcional del trabajo del directivo surgió con los trabajos de Henri Fayol, que, durante la segunda mitad del siglo XX, hacía énfasis principalmente en el establecimiento de principios

administrativos generales. Subrayaba el desarrollo de macro conceptos. March y Simon (1958) se referían a este cuerpo de conocimientos como “teoría del proceso administrativo”.

Henry Fayol (1841-1925) nació en Constantinopla y murió en París, viviendo las consecuencias de la revolución industrial. Se graduó en minas a los diecinueve años e ingresó en una empresa metalúrgica donde desarrolló toda su carrera. A los veinticinco años fue nombrado gerente de las minas y a los cuarenta y siete asumió la gerencia general de la Compagnie Commantry Fourchambault et Decazeville que entonces pasaba por una mala situación. En 1918 entregó la empresa a su sucesor en una situación de notable estabilidad.

Fayol fue uno de los primeros en exponer la teoría general de la administración. Se le conoce como el padre de la teoría administrativa. Sus observaciones se publicaron por primera vez en 1916 bajo el título de Administration Industrielle et Générale y fueron ignoradas en los Estados Unidos hasta que se tradujo al inglés trece años más tarde.

Fayol, director de empresa experimentado y práctico, estableció catorce principios de administración, considerándolos como verdades universales que podían enseñarse en escuelas y universidades. Se partió de la premisa de que el conocimiento acerca de las prácticas administrativas puede ser establecido como un cuerpo coherente y uniforme y que pueden transmitirse las generalizaciones de las prácticas correctas y, por lo tanto, efectivas. Los catorce principios postulados por Fayol son los siguientes:

1. División del trabajo: consiste en la especialización de las tareas y de las personas, para así aumentar la eficiencia.

2. Autoridad y responsabilidad: autoridad es el derecho de dar órdenes y el poder de esperar obediencia; la responsabilidad es una consecuencia natural de la autoridad. Ambas deben estar equilibradas entre sí.
3. Disciplina: depende de la obediencia, aplicación, energía, comportamiento y respeto de los acuerdos establecidos.
4. Unidad de mando: cada empleado debe recibir órdenes de sólo un superior. Es el principio de la autoridad única.
5. Unidad de dirección: una cabeza y un plan para cada grupo de actividades que tengan un mismo objetivo.
6. Subordinación de los intereses individuales a los intereses generales: los intereses generales deben sobreponerse a los intereses particulares.
7. Remuneración del personal: debe haber una justa y garantizada satisfacción para los empleados y para la organización en términos de retribución.
8. Centralización: se refiere a la concentración de la autoridad en la alta jerarquía de la organización.
9. Jerarquía o cadena escalar: es la línea de autoridad que va del escalón más alto al más bajo. Es el principio de mando.
10. Orden: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar. Es el orden material y humano.
11. Equidad: amabilidad y justicia para alcanzar la lealtad del personal.
12. Estabilidad y duración (en un cargo) del personal: la rotación tiene un impacto negativo sobre la eficiencia de la organización. Cuanto más tiempo permanezca en su cargo una persona, mejor.

13. Iniciativa: la capacidad de visualizar un plan y de asegurar su éxito.
14. Espíritu de equipo: la armonía y unión entre las personas constituyen grandes fuerzas para la organización.

2.1.3 La teoría burocrática

El tercer pilar fundamental en el desarrollo de los conceptos administrativos clásicos lo proporcionó la teoría burocrática de Max Weber que a principios del siglo XX escribió *The Theory of Social and Economic Organization*, publicada en 1922 y traducida al inglés en 1947. Aunque el punto de vista de este pensador alemán tuvo un profundo efecto entre los sociólogos y políticos, sólo desde hace pocos años se han utilizado sus conceptos en los estudios de administración (Chiavenato, 1990).

Weber fue uno de los fundadores de la sociología moderna y contribuyó de una manera notable al pensamiento económico, social y administrativo. Fue contemporáneo del movimiento de la administración científica y de las primeras fases del pensamiento de la teoría del proceso administrativo. Sin embargo, no sólo estudió la administración de una sola organización, sino que se interesó por la estructura económica y política de la sociedad. Sus ideas acerca de la organización burocrática fueron únicamente una parte de su teoría social total.

El término burocracia, tal como lo desarrollaron Weber y sus colaboradores, no corresponde al sentido que se le otorga comúnmente, cargado de formalismo e ineficiencia, sino que se refiere a una organización ideal caracterizada por la división del trabajo, una jerarquía definida con claridad, reglas y regulaciones detalladas y relaciones impersonales todo ello basado en la autoridad legal.

Según Max Weber (1971) «en el caso de la autoridad legal, la obediencia es resultado del orden impersonal establecido legalmente. Éste se extiende a las

personas que ejercen su autoridad en un cargo y únicamente en él, en virtud de que sus órdenes tienen legalidad formal, pero sólo dentro del área de autoridad específica del puesto». La burocracia de Weber fue un intento de formulación de un modelo ideal alrededor del cual se pudieran diseñar las organizaciones. Este modelo ha servido como punto de referencia para muchos escritores, principalmente sociólogos y políticos. Weber, en sus estudios, hizo coincidir tres tipos de organizaciones con tres tipos concretos de autoridad y para cada tipo de autoridad hizo corresponder a su vez una estructura administrativa diferente (Chiavenato, 1990).

➤ LA AUTORIDAD TRADICIONAL

Está basada en el pasado, en la costumbre, en la legitimidad de una autoridad que ha existido siempre. Los subordinados obedecen conforme a una lealtad personal hacia sus jefes o sobre la base de su estatus tradicional. El poder tiende a no ser cuestionado, es irracional, se transmite por herencia y es extremadamente conservador.

➤ LA AUTORIDAD CARISMÁTICA

Se fundamenta en la existencia de determinadas características personales excepcionales del dirigente que crean las dependencias en relación con esa valoración que del líder hacen los subordinados.

➤ LA AUTORIDAD RACIONAL-LEGAL

El aspecto racional viene determinado por estar orientado a alcanzar determinados objetivos, y el aspecto legal se deriva del hecho de que el dirigente obtiene la autoridad en función de la posición que ocupa. Los subordinados encuentran que las órdenes de los superiores están justificadas porque están de acuerdo con un conjunto de normas que estiman legítimas.

La burocracia es, por tanto, la forma organizativa que resulta de la aplicación de la autoridad racional legal y se considera como una organización que:

- Está consolidada por normas escritas.
- Está basada en una división sistemática del trabajo.
- Establece los cargos según el principio de jerarquía.
- Fija las normas y reglas técnicas para la realización de cada cargo.
- Selecciona a las personas sobre la base del mérito y no de las preferencias personales.
- Se basa en la separación entre la propiedad y la administración.
- Tiende a exigir que sus recursos estén libres de cualquier control externo.
- Se caracteriza por la profesionalización de sus participantes (Chiavenato, 1990).

La burocracia concuerda con el marco general de la estructura organizacional establecida por los teóricos del proceso administrativo. Weber, con su modelo burocrático proporcionó el marco teórico y punto de partida para gran parte de la teoría e investigación actual sobre organizaciones complejas.

2.1.4 Principales hipótesis de la teoría clásica

Hasta aquí hemos visto alguna de las contribuciones más significativas de la teoría tradicional, representada por la administración científica, la teoría del proceso administrativo y el modelo burocrático. Aunque estas contribuciones tienen una gran variedad de fuentes existen ciertos lazos y coincidencias entre ellas (Chiavenato, 1990).

- La organización fue vista como un sistema mecanicista.
- Lo más importante es aumentar la eficiencia.
- Enorme confianza en las reglas.
- La jerarquía formal es el mecanismo para lograr la integración

- Especialización y competencia técnica como base.
- Autoridad centralizada y líneas claras de autoridad.
- Separación entre línea y staff.

Una de las críticas principales a la teoría clásica es que esta parte del concepto de sistema cerrado para estudiar las organizaciones, lo cual es, a todas luces, irreal. Los distintos modelos clásicos no consideraron las influencias del entorno en las organizaciones, así como muchos aspectos internos de importancia. Otra crítica importante se refiere a que hicieron una suposición irreal con respecto a la conducta humana, equiparando al trabajador con una máquina. March y Simón (1958) describen la teoría clásica como el “modelo mecánico”.

Las aportaciones posteriores hechas por los científicos del comportamiento serán decisivas para modificar estos conceptos. Sin embargo, se debe reconocer que muchos principios clásicos son utilizados hoy en día por muchas organizaciones, y, por tanto, igual que no se deben aceptar las teorías clásicas sin crítica, así tampoco deben rechazarse muchos de sus principios a ciegas.

2.2 Teoría del comportamiento

Los administradores hacen las cosas trabajando con personas. Esta frase, con frecuencia pronunciada por los diversos autores de la teoría del comportamiento, ayuda a explicar por qué algunos investigadores y escritores deciden analizar la administración haciendo un especial hincapié en el comportamiento humano.

2.2.1 Mary Parker Follet

Una de las primeras escritoras en plantear (a principios del siglo XX) que las organizaciones podían ser vistas desde la perspectiva del comportamiento individual y grupal dentro de las teorías de las relaciones humanas fue Mary Parker Follet. afirmaba que las organizaciones deben basarse más en una ética grupal que

en una individual. “El potencial individual, decía Follet, se mantiene así, como potencial, hasta que se expresa a través de la asociación grupal”.

Para los administradores, la asimilación de esta idea consistiría en armonizar y coordinar los esfuerzos grupales y por tanto se deberían basar más en su experiencia y conocimientos para dirigir al grupo de subordinados que en la autoridad formal de la posición que ocupan. Las ideas humanistas de esta autora influyeron en la manera de considerar la motivación, liderazgo, poder y autoridad en las organizaciones (Diez de Castro, Garcia del Junco, Martinez Jimenez, & Perianes Cristo). Aunque hubo ejemplos aislados, como el de Robert Owen, de administradores que prestaron atención al elemento humano, no fue hasta 1930 cuando el enfoque del comportamiento se convirtió en parte importante de la filosofía de la administración. La Gran Depresión, el movimiento obrero y, sobre todo, los resultados de la investigación conductual fueron las principales causas que ayudaron a modificar el marco conceptual de la administración como ciencia (Chiavenato, 1990).

La Gran Depresión de 1929 hizo comprender a los administradores que el mundo empresarial se estaba convirtiendo en algo muy complejo, con problemas humanos que los gerentes debían reconocer y encarar, y al mismo tiempo la legalización en 1935 de la ley Wagner que dio al trabajo organizado el derecho a la negociación colectiva, impulsaron a los administradores a considerar el elemento humano dentro de la organización. Sin embargo, lo más importante en este aspecto fue el inicio de la investigación conductual que desembocó en el movimiento de las relaciones humanas en la administración.

2.2.2 Elton Mayo

Sin duda la más importante contribución al enfoque conductual de la administración surgió de los estudios que se llevaron a cabo en la Hawthorne Works de la Western Electric Company entre 1927 y 1932. Elton Mayo y un equipo de investigación de

Harvard iniciaron en 1927 la fase preliminar del estudio en la sala de fabricación de redes.

La literatura al respecto de esta experiencia es muy numerosa. El estudio se inició para determinar la relación entre la intensidad de la iluminación y la eficiencia de los trabajadores en términos de producción. En la primera fase de la experiencia se escogieron dos grupos de trabajadores, que hacían las mismas operaciones; un grupo de observación trabajó bajo intensidad de luz variable, mientras que el grupo de control trabajó bajo intensidad constante. El experimento no mostró relación alguna entre la intensidad de iluminación y la tasa de producción. De hecho, cuando los ingenieros invirtieron el experimento y redujeron la intensidad de la luz en la sala experimental, en lugar de disminuir la producción que era la hipótesis planteada, esta producción por el contrario aumentó. Este experimento sugirió que existen otras variables, además de las condiciones físicas, que pueden afectar a la producción. Tal vez algunos aspectos sociológicos y psicológicos tienen una influencia no sólo sobre la motivación del trabajador y su actividad, sino sobre la producción.

En este punto, Elton Mayo y sus colegas de Harvard fueron llamados por la compañía para que ayudaran a establecer las variables que intervenían en el proceso de producción.

Los estudios se llevaron a cabo en un período de cinco años y sus resultados provocaron la ruptura con la administración científica y la psicología industrial tradicional, las cuales sostenían que la iluminación, condiciones de trabajo, períodos de descanso, fatiga y otras variables físicas, combinadas con incentivos económicos eran los factores primarios que influían en la producción.

Ahora se afirmaba que los factores sociales y psicológicos eran de mayor importancia en la determinación de la satisfacción del trabajador y su productividad.

Los estudios de Hawthorne permitieron comprobar científicamente el punto de vista de muchos estudiosos de las organizaciones. Los primeros partidarios de las relaciones humanas sacaron a la luz el concepto de organización como sistema social de individuos, grupos informales, interrelación entre grupos y estructura formal. En efecto, este enfoque devolvió el elemento humano a la organización. Mayo, Roethlisbergen, Whitehead y otros partidarios de las relaciones humanas, desarrollaron muchos conceptos acerca del comportamiento humano en las organizaciones tales como se muestra a continuación (Chiavenato, 1990).

- La empresa es un sistema social y un sistema tecnológico.
- El sistema social define los roles individuales que pueden ser diferentes a los de la organización formal.
- El individuo no sólo es motivado por incentivos económicos, sino por diversos factores sociales y psicológicos. Su comportamiento es condicionado por creencias, sentimientos y actitudes.
- El grupo informal en el trabajo se convierte en una unidad de primera importancia. El grupo tiene un papel importante en la determinación de actitudes y en el rendimiento de los trabajadores.
- Los patrones tradicionales de liderazgo basados en la estructura formal deben modificarse, subrayándose más los liderazgos democráticos que los autocráticos.
- Es importante desarrollar canales de comunicación efectivos que permitan el intercambio de información entre los distintos niveles jerárquicos. Así la participación se convirtió en un aspecto importante en el movimiento de las relaciones humanas.
- La administración requiere de habilidades sociales.
- Los miembros de la organización pueden ser motivados mediante la satisfacción de necesidades psicosociales.

A pesar de que la escuela de relaciones humanas tuvo un impacto grande en el pensamiento administrativo, hubo desacuerdos muy importantes. Muy pocos programas de investigación han sido criticados o defendidos tan intensamente y es, aún hoy, objeto de vehementes debates. Mientras que los teóricos de la administración clásica sobreestimaban los aspectos estructurales de la administración, los estudiosos de la teoría de relaciones humanas hacían lo mismo con los aspectos psicológicos.

A finales de los cincuenta y principios de los sesenta aparecieron los trabajos de Chris Argyris (1957), Douglas McGregor (1960) y Rensis Lykert (1961). Aunque los tres autores mencionados trabajaron independientemente unos de otros, éstos establecieron un postulado común: las personas son en esencia buenas y para estimular su desempeño la administración debe humanizar su trabajo.

Los conceptos del comportamiento organizacional tienen una gran influencia de las teorías motivacionales elaboradas por Abraham Maslow (1954) y Frederick Herzberg (1959). Maslow (1908-1970), psicólogo y consultor americano, publicó en 1954 su libro *Motivación y personalidad*. Su conceptualización de la motivación a partir de las necesidades influirá de manera decisiva en el análisis de las organizaciones. Varias investigaciones no llegaron a confirmar científicamente la teoría de Maslow. Con todo, está lo suficientemente bien estructurada como para ofrecer un esquema orientativo para el administrador.

Herzberg, profesor de la Universidad de Utah, centró sus investigaciones en los factores que influyen en el comportamiento de las personas dentro de las organizaciones, estableciendo la Teoría de los dos Factores. Su autoridad desplazó las ideas de satisfacción de las necesidades económicas básicas y de supervivencia hacia necesidades sociales de más alto nivel, como las de autoestima y realización. Todas estas ideas, entre otras, marcan la más profunda influencia de las ciencias

del comportamiento en la administración. Para muchos representa la aplicación de la psicología organizacional a la administración.

2.3 El enfoque neoclásico de la administración

A pesar de que las teorías del comportamiento tuvieron una gran influencia en la administración, y fundamentalmente en el análisis de las organizaciones desde puntos de vista relacionados con la psicología y la sociología, los principios planteados por los enfoques clásicos seguían estando presentes y la forma en que enfocaban el trabajo de los directivos seguía vigente en las organizaciones. El enfoque neoclásico pretende redimir los conceptos del enfoque clásico, pero actualizados y matizados por conceptos más propios de las teorías comportamentales.

Algunos autores tales como Chiavenato (1990) plantean que la denominación de Teoría Neoclásica es en realidad un tanto exagerada. Los autores que se agrupan generalmente en torno a este enfoque del trabajo administrativo (Peter F. Drucker, Ernest Dale, Harold Koontz, Cyril O'Donnell, William Newman, entre otros) aunque no presentan puntos de vista que sean divergentes entre ellos, tampoco se preocupan por alinearse en torno a una determinada manera de conceptuar la Administración, pero sí tienen una preocupación por sistematizar el trabajo directivo como contraposición a los análisis de los teóricos del comportamiento, más centrados en el análisis de las conductas de los trabajadores.

Todos estos autores pueden agruparse en torno a una serie de características que son las que determinan este enfoque neoclásico (Chiavenato, 1990).

- Énfasis en la práctica de la Administración, tratando de desarrollar los principios administrativos de forma que sean útiles y aplicables en la práctica.

- Reafirmación relativa de los postulados clásicos. Nace como una reacción a la enorme influencia de las ciencias del comportamiento que dejan fuera aspectos económicos y formales que rodean el comportamiento de las organizaciones. Pretenden colocar las cosas en su justo sitio, para lo que retoman los postulados clásicos, pero sin despreciar aspectos de la teoría del comportamiento que puedan ayudar al funcionamiento de las organizaciones.
- Énfasis en los principios generales de la Administración propuestos por Fayol. Para algunos autores como Harold Koontz (1990) y Theo Haiman (1982), el estudio de la Administración se basa en la presentación y discusión de principios generales de cómo planificar, cómo organizar, cómo dirigir y cómo controlar una organización.

Como los autores clásicos, los neoclásicos buscaron establecer principios básicos, pero se diferenciaron en sus planteamientos en considerar que estos principios no deben ser tomados de forma rígida sino de forma flexible, pues deben ser aplicados en situaciones extremadamente diversas. Es decir, son ampliamente eclécticos y toman conceptos tanto de las teorías clásicas como de las teorías del comportamiento.

Las aportaciones de los autores neoclásicos tuvieron repercusiones en tres áreas fundamentalmente: los tipos de organización, la departamentalización y la Administración por Objetivos (APO). Por un lado, autores como Newman, Haimany Money trabajaron profundamente sobre la organización formal estableciendo tipos de organización y relacionándolos con el tipo de actividad de la empresa, tratando de establecer la organización más adecuada en cada caso. Conceptos tales como "Organización lineal; organización funcional; línea-staff; comités", quedan definidos a partir de sus trabajos.

Por otro lado, Chandler, Hampton y el propio Newman se ocupan de la especialización dentro de las organizaciones, profundizando en el tema de la departamentalización, como agrupación adecuada de las actividades de la organización en departamentos específicos. Así plantean agrupaciones diferenciadas por funciones, por productos, por clientes o por procesos con el fin de facilitar la organización de las actividades. A partir de la década de los 50, tras la publicación en 1954 del libro de Peter F. Drucker *The Practice of Management*, se desarrolla la Administración por Objetivos (APO) que constituye un modelo administrativo bastante difundido y plenamente identificado, en palabras de Chiavenato (1990), con el espíritu pragmático y democrático de la Teoría Neoclásica. El desarrollo de objetivos y el establecimiento de planes estratégicos para el cumplimiento de los objetivos constituyen una de las aportaciones de este enfoque que más repercusiones han tenido en el trabajo de los administradores.

2.4 La administración como ciencia

Es posible definir a la administración como: “ciencia compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se puedan alcanzar propósitos comunes que no se puedan lograr individualmente en los organismos sociales” (Hernández y Rodríguez, 2011).

Fremont E. Kast, por su parte, la define como: “Coordinación de individuos y recursos materiales para el logro de objetivos organizacionales, lo que se logra por medio de cuatro elementos:

- Dirección hacia objetivos
- Participación de personas
- Empleo de técnicas
- Compromiso con la organización”

2.5 Enfoques de la administración

Los sistemas administrativos son de vital importancia para cualquier tipo de empresa, independientemente cual sea la actividad económica de estas, si no tenemos un sistema muy organizado, y muy claro para poder mejorar cada día el servicio hacia nuestros clientes no podrá ser una empresa exitosa por lo que para los diferentes tipos de empresas se utilizan algunos de los enfoques siguientes que más adelante serán explicados:

- Estrategia organizacional
- Equipos de alto desempeño
- Marketing
- Benchmarking
- Reingeniería
- Calidad total

2.5.1 Estrategia organizacional

Este principio es utilizado en las empresas para tener una ventaja entre sus competidores, ya que las empresas elaboran un plan estratégico como: valores, visión, objetivos y metas, para aplicarlos en las actividades a la que se dirige su empresa, de esta manera disminuyen costos, aumentan productividad, se aumenta la participación de los empleados, y se tiene un liderazgo en la empresa.

Este enfoque es aplicado por cada empresa de manera diferente ya que cada empresa es la encargada de seleccionar el tipo de competencia que se crea conveniente para alcanzar sus objetivos, por lo cual ninguna empresa tiene el mismo tipo de competencia en un mercado. La empresa antes de seleccionar el tipo de competencia debe de tener en cuenta, recursos, y capacidades que la empresa tiene, para que no haya problemas para que se cumplan las metas, y se logren los objetivos de la empresa

2.5.2 Equipos de alto desempeño

Este tipo de administración es diferente a las demás, porque se enfoca más a los empleados que a la manera de cómo se debe administrar. Los líderes o administradores siempre están en busca de capacitar a sus empleados y en muchas ocasiones por la capacidad de sus empleados las decisiones administrativas son tomadas por el mismo grupo, por lo que el gerente es considerado un supervisor.

Para formar un equipo de alto desempeño no es fácil, primero se debe buscar a las personas correctas para formar el equipo, se debe tener una estructura de trabajo, una comunicación entre todas las personas del equipo, se deben reconocer logros personales y grupales, y tener los recursos para poder trabajar entre el grupo.

En este tipo de enfoque cada persona dentro del grupo tiene que tener claro, el papel que tiene dentro y debe dar lo mejor de sí para que el trabajo que sea asignado sea elaborado de manera eficiente.

2.5.3 Marketing

La Mercadotecnia o Marketing significan exactamente lo mismo solo que el término marketing es en inglés.

La planeación estratégica es considerada como una disciplina universal, mientras que la mercadotecnia es considerada de naturaleza funcional, el marketing influye en todas las actividades empresariales. El marketing es uno de los ingredientes de la mezcla estratégica, puede haber varias estrategias de otras áreas como la de recursos humanos, finanzas, pero existe una relación entre la estrategia del marketing con las otras estrategias (Sachse, 2003, págs. 55-56).

Para Lambert. al (2006, pág. 2), la jerarquía estratégica tiene tres niveles: la estrategia corporativa, estrategia de negocios y la estrategia funcional, y es esta

última estrategia la que apoya las actividades necesarias para crear el valor para el cliente, el nivel funcional da el poder de tomar decisiones lo que conlleva a la calidad del servicio.

Para Kotler y Armstrong (2001, pág. 3), la definición de marketing es crear valor y satisfacción para los clientes. El marketing es el proceso social y gerencia por el que individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean creando e intercambiando productos y valor con otros. La función del marketing es atraer a nuevos clientes conservando los actuales.

Los deseos de las personas son ilimitados, pero los recursos son limitados.

La definición de marketing de Lamb et al (2006, pág. 6), es el marketing es una función organizacional y una serie de procesos para crear, comunicar y entregar valor al cliente y para administrar relaciones con los clientes de manera que satisfagan las metas individuales y las de las empresas.

Ferrell & Hartline (s.f., pág. 4), definen al marketing como un proceso de planeación y ejecución de la concepción; el establecimiento de precios, la promoción y la distribución de ideas, bienes y servicios para crear intercambios que satisfagan los objetivos individuales y organizacionales.

Para obtener servicios de calidad mediante el marketing, se deben conocer las necesidades de los usuarios, los deseos, su percepción de valor, su nivel de satisfacción y sus experiencias con el producto o servicio, es decir si lo consideran agradable o desagradable, la satisfacción del cliente está ligada con la calidad del producto o servicio.

Quienes ofrecen un servicio, identifican las necesidades para diseñar mejores productos o servicios, se requiere de promoción para darlos a conocer, además se

requiere de investigación y desarrollo constante, ya que los gustos y necesidades de los clientes o usuarios evolucionan y cambian constantemente.

2.5.3.1 Estrategia de Marketing para los Servicios

Los clientes evalúan la calidad en el servicio de acuerdo con cinco componentes (Lamb, Hair, & Mc Daniel, 2006, págs. 365-367).

1. Confiabilidad. Capacidad de ofrecer el servicio de manera segura, precisa y uniforme, realizar bien el servicio.
2. Sensibilidad. Capacidad de brindar un servicio puntual, sensibilidad o interés incluye atender a un cliente que tiene prisa ofrecer servicio las 24 horas del día los 365 días del año.
3. Seguridad. El conocimiento y cortesía de los empleados y la habilidad para transmitir confianza.
4. Empatía. Atención personalizada y cuidadosa a los clientes, los empleados saben las necesidades específicas que requieren y les llaman por su nombre.
5. Tangibles. Los aspectos físicos del servicio, como lo son las instalaciones herramientas y equipo usado para proporcionar el servicio.

Los servicios tienen características distintivas como: intangibilidad, inseparabilidad de la producción y el consumo, heterogeneidad, y carácter perecedero. Motivo por el cual se requiere ajustar los elementos de la mezcla del marketing.

Los procesos de los servicios pueden ser cuatro (Lamb, Hair, & Mc Daniel, 2006, pág. 367):

1. Procesamiento de la persona. Cuando el servicio es dirigido al cliente como por ejemplo la atención médica.

2. Procesamiento de la posesión. Se dirige a algo que el cliente posee, ejemplo el mantenimiento del automóvil.
3. Procesamiento del estímulo mental. Servicios dirigidos a las mentes de las personas ejemplo es el entretenimiento, eventos deportivos, teatro y educación.
4. Procesamiento de la información. Relacionada con el uso de la tecnología o poder de la mente, como las asesorías, seguros y la banca.

2.5.4 Benchmarking

Benchmarking proviene de la palabra "benchmark" que en inglés significa la acción de tomar un objeto como modelo (por ejemplo, una organización o parte de ésta) con el fin de comparar la propia. Este modelo es un proceso que siempre se sigue actualizando, y en donde se toma a una empresa líder en cada mercado como modelo, luego cada empresa determina los aspectos que necesitan mejorar y los compara con la empresa modelo y aplica las practicas que utiliza la empresa para mejorar las suyas.

Los inicios del Benchmarking, se pueden relacionar con el filósofo chino Sun Tzu (500 a.C) "Conoce a tu enemigo, concóctete a ti mismo y tu victoria nunca se verá amenazada. Conoce el terreno, conoce las condiciones meteorológicas y tu victoria será total".

En Benchmarking se conoce que cada compañía no es única o excepcional por lo que, es un proceso continuo, en la cual, las empresas buscan estar siempre mejorando con ideas claras, para resolver problemas, por lo que Benchmarking, es uno de los enfoques más utilizados ya que las empresas siempre están en una búsqueda continua de mejorar sus procesos.

Harrington (1995, pág. 16), define el benchmarking como “Un punto de referencia desde el que se indica una posición y que se utiliza para realizar mediciones”, también lo define como “la norma desde la cual cualquier cosa puede ser medida o evaluada” además incluye que es “Algo que sirve como patrón de medida de otras cosas”.

Se entiende que el benchmarking es un proceso de evaluación comparativa, de organizaciones, productos, servicios o en estudiar las prácticas de los competidores, para realizar esta evaluación es necesario una investigación comparativa entre una organización que se considera debe mejorar y otra que sirve como organización modelo por añadir valor a lo que hace o produce.

Para (Camp, 1993, pág. 19), el benchmarking es “Un proceso positivo, proactivo, para cambiar las operaciones en una forma estructurada y lograr un desempeño excelente. Se obliga a las empresas a investigar las mejores prácticas de la industria externa e incluirlas en sus operaciones. Esto conduce a un desempeño excelente, a negocios rentables, con alta utilización de los activos que satisfacen las necesidades de los clientes y que tienen una ventaja competitiva”.

2.5.5 Reingeniería

Este enfoque, es aplicado en las empresas para revisar procesos y cambiar lo que se crea conveniente, para mejorar costo, calidad, servicio y rapidez de las empresas. Muchas empresas utilizan ese enfoque para saber que debe hacerse en la compañía y como se debe hacer. Este tipo de enfoque no se encarga de mejorar los procesos que ya existen en las empresas, sino que se encarga de buscar nuevos procesos para implementarlos en la empresa.

Para muchas empresas la reingeniería es la manera de actualizar sus procesos, y deshacerse de los antiguos, sobre todo a la hora de hacer negocios, también hace que las personas de las empresas renueven su capacidad, y aprendan a trabajar de otra manera, la reingeniería se enfoca en cómo la empresa debe mejorar su negocio, y no en mejorar departamentos o unidades en la empresa.

2.5.6 Calidad total

Calidad total es un enfoque que se utiliza en las empresas, para garantizar el crecimiento y la rentabilidad, mejorando la atención que se le dé a los clientes y evitando que se realicen desperdicio de recursos en la empresa. Este se logra con la participación de todos los empleados, con conocimientos de estrategias administrativas. De manera que el personal está en una constante capacitación y entrenamiento, también se debe lograr que los empleados participen en los objetivos de la empresa y hacer que el empleado se sienta a gusto en su ambiente de trabajo, así se mejorara la productividad del empleado.

En la empresa es muy importante que los programas de capacitación se den a las personas de acuerdo con el nivel que la laboran en la empresa, para que las personas puedan solucionar problemas de acuerdo a las necesidades de su puesto. Se debe tener en cuenta que este tipo de enfoque se debe a la necesidad de las empresas para mejorar sus servicios, buscando la satisfacción del cliente en primer lugar.

2.6 Calidad del servicio

Muchos aspectos de nuestra vida diaria dependen de productos industriales como vivienda, alimentación, comunicaciones, asistencia sanitaria, trabajo, recreaciones y seguridad nacional, entre otros. Un aspecto básico de los productos de este tipo (independientemente de que sean bienes o servicios), es que deben ser aptos para

el uso al que están destinados. Un fallo en este sentido puede provocar muertes, heridas, incomodidades o pérdidas económicas.

Un producto puede ser más o menos apto para su uso. Para el usuario, esta es cuestión de calidad, así, la calidad de un producto se puede definir como la aptitud para su uso.

Al adquirir un producto, el comprador tiene ciertas expectativas, las cuales están determinadas por varios factores. El uso que se le piensa dar influye sobre las expectativas. La apariencia y el funcionamiento de un producto igualmente tienen un efecto, pero las expectativas también dependen del prestigio de la marca y el precio del producto. Un precio elevado suscita expectativas más altas que un precio bajo.

Si el producto, al usarlo, responde a las expectativas del cliente, éste se sentirá satisfecho y dirá que el producto es de alta calidad (o, al menos, que tiene una calidad aceptable). Si sus expectativas se ven defraudadas el cliente considerará que el producto es de baja calidad. Por lo que también se puede definir a la calidad de un producto como su capacidad para satisfacer las expectativas del consumidor (cliente).

Cuando se define a la calidad de un producto como la aptitud para ser usado, se piensa sólo en el usuario final, que hace uso del producto final; sin embargo, el concepto de “uso” debe extenderse y aplicarse en las actividades que se encuentran antes del usuario final, por lo que cada etapa de la producción es en sí usuario del producto durante su fabricación. En cada una de las etapas de la producción, el producto debe ser de tal calidad que pueda ser apto para su uso en las subsecuentes etapas, a saber: en los procesos de fabricación embalaje, almacenamiento, distribución y uso final. No solamente se debe tomar en

consideración a los usuarios externos sino también a los usuarios internos cuando una compañía trabaja en pro de la calidad de los productos (Sandholm, 1995).

2.7 Tangibilización de los Servicios

Los servicios se tangibilizan, primero con un desarrollo de una plataforma tecnológica que permita controlar la Promesa (Compromiso).

Existen cuatro etapas fundamentales en cualquier relación de un cliente y un prestador de servicios, pero lo más importante es la generación del Compromiso, definido como el resultado sistemático de la aplicación de las cuatro etapas de un pedido:

- **Preparación:** Corresponde a la primera etapa del pedido y es la fase donde la persona ordena las ideas para desarrollar el pedido.
- **Negociación:** En esta etapa las personas se dedican a estandarizar el discurso, de tal manera que lo que quiso decir el cliente y lo que entendió el realizador estén en sintonía. Además, durante la negociación se acuerdan claramente los tiempos para realizar el pedido.
- **Ejecución:** Es la etapa donde el realizador ejecuta el servicio, de acuerdo con lo acordado en la etapa de negociación.
- **Satisfacción:** Es la etapa donde el realizador pregunta al cliente si el pedido realizado está de acuerdo con lo solicitado.

Cada una de estas etapas (hitos) son medibles en el tiempo, y cada nodo de pedidos corresponde a la relación entre dos personas. En un pedido que involucra varias personas, formará una malla desde que el cliente final pide y recibe el servicio. Esto implica que el cumplimiento de un compromiso es el resultado de una malla de

personas involucradas en la ejecución completa de un servicio. Los compromisos individuales permiten que se cumpla el compromiso global.

El otro concepto muy importante para "tangibilizar" los servicios es la determinación de los estándares, que son la base de comparación del servicio entregado. Estos pueden ser particulares a cada mercado o internacionales. Con este concepto, apoyado en un sistema computacional que permita registrar los hitos y compararlos con los estándares, es posible realizar la tangibilidad del servicio y, por ende, su medición objetiva utilizando indicadores que el cliente puede gestionar y realmente evaluar a su proveedor de servicios (Borie, 2018).

CAPITULO III

3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Sampieri et al (2006), el término “diseño” se concibe como un plan o estrategia para responder las preguntas de investigación y señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar los objetivos de estudio y analizar las hipótesis planteadas.

3.1 Técnicas e instrumento

Hablando de técnica se explica como la manera de recorrer el camino que se delinea en el método; son las estrategias empleadas para recabar la información requerida y así construir el conocimiento de lo que se investiga, mientras que el procedimiento alude a las condiciones de ejecución de la técnica. La técnica propone las normas para ordenar las etapas del proceso de investigación, de igual modo, proporciona instrumentos de recolección, clasificación, medición, correlación y análisis de datos, y aporta a la ciencia los medios para aplicar el método. (Alvarez-Gayou Jurguenson, 2009).

Lo que permite operativizar a la técnica es el instrumento de investigación. Se aclara que en ocasiones se emplean de manera indistinta las palabras técnica e instrumento de investigación; un ejemplo es lo que ocurre con la entrevista que es una técnica, pero cuando se lleva a cabo, se habla entonces de la entrevista como instrumento las técnicas más comunes que se utilizan en la investigación cualitativa son la observación, la recopilación de datos a través de cuestionarios que asumen el nombre de encuestas o entrevistas y el análisis estadístico de los datos. No es la finalidad de esta investigación mostrar en forma amplia las características de las técnicas e instrumentos de investigación más usados en la investigación, solo es la de comentar brevemente su presencia en una investigación.

En toda investigación, se requiere de instrumentos que midan las variables de las hipótesis, dichos instrumentos de medición deben cumplir con dos requisitos que son: la confiabilidad y la validez.

El presente trabajo de investigación se basa en instrumentos de medición de carácter cualitativo y cuantitativo.

Instrumentos Cualitativos:

- Análisis de documentos
- Observación directa
- Entrevistas

Instrumentos Cuantitativos

- Cuestionarios

3.2 Horizonte temporal y espacial

Esta parte trata de elegir cuál va a ser el periodo considerado como futuro, así como el ámbito territorial en el que se desarrollará la acción. En cuanto al periodo, básicamente elegiremos uno lo suficientemente grande para poder realizar una posterior planificación estratégica, pero lo suficientemente pequeño como para tener criterios para poder elegir con un mínimo grado de certeza, es decir, con una probabilidad aceptable

El horizonte espacial de esta investigación corresponde al Centro de Salud Urbano “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia (CSM), Institución Pública dedicada a la atención de la Salud, que sirve a la sociedad sin distinciones, con una mística de servicio y atención personalizada mediante profesionales, ubicada en la ciudad de Morelia, Michoacán. La investigación inició en enero del año 2023 y concluyó en julio del año 2024.

3.3 Diseño del Instrumento de medición

Dados los objetivos, las variables y los indicadores de la evaluación se elaboraron tres cuestionarios, una para el personal médico, otro para el personal administrativo y finalmente pero no menos importante para los usuarios. Todos estos cuestionarios se formularon bajo un formato estructurado donde la generalidad de las preguntas es de opinión múltiple.

Tanto los cuestionarios para el personal médico y administrativo, así como el que se construyó para los usuarios, estuvieron integrados de los siguientes apartados:

- Instrucciones
- Datos generales del encuestado
- Sección de preguntas y respuestas

3.4 Elaboración de las escalas de medición

Medición es el proceso que vincula conceptos abstractos con indicadores empíricos, el cual se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar los datos disponibles, en términos del concepto que el investigador tiene en mente, (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Así, un instrumento de medición es el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene.

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la realidad que deseo capturar. Bostwick y Kyte (2005) lo señalan de la siguiente forma: la función de la medición es establecer una correspondencia entre el mundo real y el mundo

conceptual, el primero provee evidencia empírica, el segundo proporciona modelos teóricos para encontrar sentido a ese segmento del mundo real que estamos tratando de describir.

3.5 Escalas para medir las actitudes

Una actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o sus símbolos. Así, los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos, símbolos, etc.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia; desde luego éstas solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” y no como “hechos” (Padua, 2000). La actitud es como una semilla que bajo ciertas condiciones suele germinar en comportamiento.

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) o intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición.

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

3.5.1 Escala Tipo Likert

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. El objeto de actitud puede ser cualquier “cosa física”, un individuo, un concepto o símbolo, una marca, una actitud, una profesión, un edificio, etc. Tales frases o juicios deben expresar sólo una relación lógica; además, es muy recomendable que no excedan de 20 palabras (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006).

3.6 Sujetos de la investigación

Los sujetos de investigación que se han seleccionado para el desarrollo de esta investigación de tesis son:

- Usuarios que acuden al Centro de Salud Morelia.

3.7 Universo y muestra del estudio

Una muestra, en un sentido amplio, no es más que eso, una parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo.

Sin embargo, no todas las muestras resultan útiles para llevar a cabo un trabajo de investigación. Lo que se busca al emplear una muestra es que, observando una

porción relativamente reducida de unidades, se obtengan conclusiones semejantes a las que lograríamos si estudiáramos el universo total. Cuando una muestra cumple con esta condición, es decir, cuando nos refleja en sus unidades lo que ocurre en el universo, la llamamos muestra representativa (Sabino C. , 1992).

Una de las decisiones clave en la investigación es la especificación y acotación de la población a analizar, operación que estará determinada por el problema y los objetivos de la investigación. Para conocer las características de una población o universo no es necesario recabar la información de todas las unidades que lo componen, pues sería un proceso largo, costoso y complejo. Con métodos alternativos se puede disminuir considerablemente el tiempo, el costo económico y la complejidad de la investigación sobre una población dada. Estos métodos se basan en la construcción de muestras, cuya finalidad es reconstruir modelos reducidos de la población total, con resultados extrapolables al universo del cual se extraen.

El universo de estudio para la realización de la presente investigación son los usuarios que acudan a consulta médica al Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña”.

3.8 Validez y confiabilidad de la investigación

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: **Confiabilidad** y **Validez**.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

En relación con este aspecto (Busot, 1991), refiere que un instrumento se considera válido, cuando mide con exactitud el objetivo para el cual fue diseñado, en tal sentido en el presente estudio, para constatar si cada uno de los ítems del instrumento utilizado para la recolección de los datos logrará el objetivo, se proceden a utilizar el método de juicio de expertos, la validez de este contenido se determinará antes de la aplicación del instrumento sometiendo el mismo al juicio de expertos. Es conveniente aclarar que los evaluadores tomaron en cuenta su pertinencia con los objetivos y claridad en la redacción.

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006)

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia:

➤ Evidencia relacionada con el contenido.

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida.

➤ Evidencia relacionada con el criterio.

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo.

➤ Evidencia relacionada con el constructo.

La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo opera para medirlo.

La validez total de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de todos los tipos de evidencias. Cuanto mayor evidencia de validez de contenido, de validez de criterio y de validez de constructo tenga un instrumento de medición, éste se acercará más a representar la(s) variable(s) que pretende medir.

3.9 La relación entre la confiabilidad y la validez

Un instrumento de medición puede ser confiable, pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido. De no ser así, los resultados de la investigación no deben tomarse en serio.

La validez y la confiabilidad no se asumen, se prueban.

3.10 Análisis de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.917	24

En el análisis de la calidad del servicio en el Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña” de Morelia Michoacán, el valor de la confiabilidad al aplicar una prueba alfa de Cronbach es de 0.917 indicando una muy alta confiabilidad del instrumento de medición.

CAPITULO IV

4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La información que se recopila de un cuestionario difícilmente podría ser manejada en su presentación original, por esta razón, es necesario sintetizarla de la fuente que se adquirió, esto es, reunir, clasificar, organizar y presentar la información en cuadros estadísticos o relaciones de datos, con el fin de facilitar su análisis e interpretación.

(Kerlinger & Lee, 2002), afirman que el análisis de los datos significa categorizar, ordenar, manipular y resumir los datos de una investigación para contestar las preguntas planteadas en ella. Su propósito es reducir los datos a una forma entendible e interpretable, de tal manera que las relaciones de los problemas de la investigación puedan estudiarse y evaluarse. La interpretación utiliza los resultados del análisis, hace inferencias pertinentes a las relaciones de investigación en estudio y presenta conclusiones sobre dichas relaciones.

Los datos se separan en las partes que conforman los estudios para contestar las preguntas de investigación, la evaluación de la hipótesis y la discusión de los resultados que se obtuvieron.

4.1 Análisis de las variables dependiente e independientes

En este apartado, se analizan los resultados obtenidos de la investigación de campo, a través de la cual fue posible derivar aspectos de carácter cuantitativo de las variables dependiente e independientes. Para esto, fue fundamental instrumentar un cuestionario en la calidad del servicio en el CSM de Morelia, Michoacán.

En la investigación el universo de estudio únicamente se lograron obtener 200 encuestas que respondieron usuarios que acudieron a sus diferentes tipos de consultas en el CSM.

El cuestionario se diseñó para obtener una respuesta directa mediante una entrevista estructurada, o bien, auto administrando el cuestionario a la persona designada para responderlo. Las preguntas se formularon con base en la naturaleza de la información que se pretende obtener de las variables investigadas de manera que sólo exige elegir las respuestas preestablecidas de acuerdo con el código seleccionado, es decir, son preguntas de estimación para escoger una de las cinco alternativas para cada una de las 24 preguntas que integran el cuestionario.

La información contenida en los cuestionarios se concentró en una hoja de datos y se procesó estadísticamente en una distribución de frecuencias para obtener los indicadores necesarios para ser analizados en forma global y específica para ser comparados en las escalas tipo Likert que se instrumentaron.

A continuación, se analizan cada una de las variables investigadas, utilizando los estadísticos descriptivos y la correlación de Spearman.

Tabla 8 Correlación Variable 1 Tangibilidad con Calidad en el Servicio

			TANGIBILIDAD	CALIDAD
Rho de Spearman	TANGIBILIDAD	Coeficiente de correlación	1.000	.485**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	200	200
	CALIDAD	Coeficiente de correlación	.485**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	200	200

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La correlación (en un total de 200 casos relacionados), entre la variable independiente “tangibilidad” con la variable dependiente “calidad del servicio” es de 0.485, es decir es una correlación significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01), es decir la tangibilidad tiene un medio nivel de influencia en la determinación de la calidad del servicio del centro de salud.

Tabla 9 Correlación Variable 2 Confiabilidad con Calidad en el Servicio

			CONFIABILIDAD	CALIDAD
Rho de Spearman	CONFIABILIDAD	Coeficiente de correlación	1.000	.657**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	200	200
	CALIDAD	Coeficiente de correlación	.657**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	200	200

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La correlación (en un total de 200 casos relacionados), entre la variable independiente “confiabilidad” con la variable dependiente “calidad del servicio” es de 0.657, es decir es una correlación positiva pero no muy fuerte y es significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01), es decir la confiabilidad tiene un nivel medio de influencia en la determinación de la calidad del servicio del centro de salud.

Tabla 10 Correlación Variable 3 Respuesta del Personal con Calidad en el Servicio

			RESPUESTADELPERSONAL	CALIDAD
Rho de Spearman	RESPUESTADELPERSONAL	Coefficiente de correlación	1.000	.712**
		Sig. (bilateral)		.000
	N		200	200
	CALIDAD	Coefficiente de correlación	.712**	1.000
Sig. (bilateral)		.000		
N		200	200	
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).				

La correlación (en un total de 200 casos relacionados), entre la variable independiente “respuesta del personal” con la variable dependiente “calidad del servicio” es de 0.712, es decir es una correlación positiva algo fuerte y es significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01), es decir la respuesta del personal tiene un buen nivel de influencia en la determinación de la calidad del servicio en el centro de salud.

Tabla 11 Correlación Variable 4 Aseguramiento con Calidad en el Servicio

			ASEGURAMIENTO	CALIDAD
Rho de Spearman	ASEGURAMIENTO	Coeficiente de correlación	1.000	.765**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	200	200
	CALIDAD	Coeficiente de correlación	.765**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000		
	N	200	200	

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La correlación (en un total de 200 casos relacionados), entre la variable independiente “aseguramiento” con la variable dependiente “calidad del servicio” es de 0.765, es decir es una correlación positiva medianamente fuerte y es significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01), es decir el aseguramiento tiene un buen nivel de influencia en la determinación de la calidad del servicio del centro de salud.

Tabla 12 Correlación Variable 5 Empatía del Personal con Calidad en el Servicio

			EMPATIADELPERS ONAL	CALIDAD
Rho de Spearman	EMPATIADELPERS ONAL	Coeficiente de correlación	1.000	.786**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	200	200
	CALIDAD	Coeficiente de correlación	.786**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000		
	N	200	200	

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

La correlación (en un total de 200 casos relacionados), entre la variable independiente “empatía del personal” con la variable dependiente “calidad del servicio” es de 0.786, es decir es una correlación positiva fuerte y es significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01), es decir la empatía del personal tiene un alto nivel de influencia en la determinación de la calidad del servicio del centro de salud.

Ilustración 2 Correlación Spearman

			CALIDAD	TANGIBILIDAD	CONFIABILIDAD	RESPUESTADEL PERSONAL	ASEGURAMIENTO	EMPATIADEL PERSONAL
Rho de Spearman	CALIDAD	Coefficiente de correlación	1.000	.485**	.657**	.712**	.765**	.786**
		Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000
		N	200	200	200	200	200	200
	TANGIBILIDAD	Coefficiente de correlación	.485**	1.000	.650**	.634**	.609**	.565**
		Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000
		N	200	200	200	200	200	200
	CONFIABILIDAD	Coefficiente de correlación	.657**	.650**	1.000	.802**	.791**	.661**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000	
	N	200	200	200	200	200	200	
RESPUESTADEL PERSONAL	Coefficiente de correlación	.712**	.634**	.802**	1.000	.790**	.759**	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.000	
	N	200	200	200	200	200	200	
ASEGURAMIENTO	Coefficiente de correlación	.765**	.609**	.791**	.790**	1.000	.746**	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000		.000	
	N	200	200	200	200	200	200	
EMPATIADEL PERSONAL	Coefficiente de correlación	.786**	.565**	.661**	.759**	.746**	1.000	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000		
	N	200	200	200	200	200	200	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

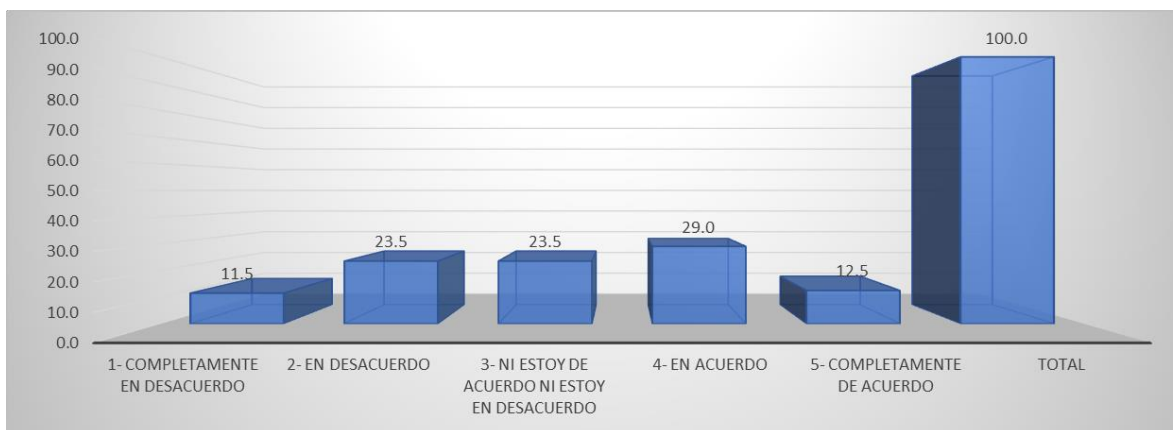
VARIABLE TANGIBILIDAD

Tabla 14. Atracción Visual de las Instalaciones Físicas

P 1 ¿De acuerdo con las instalaciones físicas del Centro de Salud Morelia, usted considera que son visualmente atractivas?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	23	11.5	11.5	11.5
2- EN DESACUERDO	47	23.5	23.5	35
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	47	23.5	23.5	58.5
4- DE ACUERDO	58	29	29	87.5
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	25	12.5	12.5	100
Total	200	100	100	

Gráfico No. 7: Atracción Visual de las Instalaciones Físicas



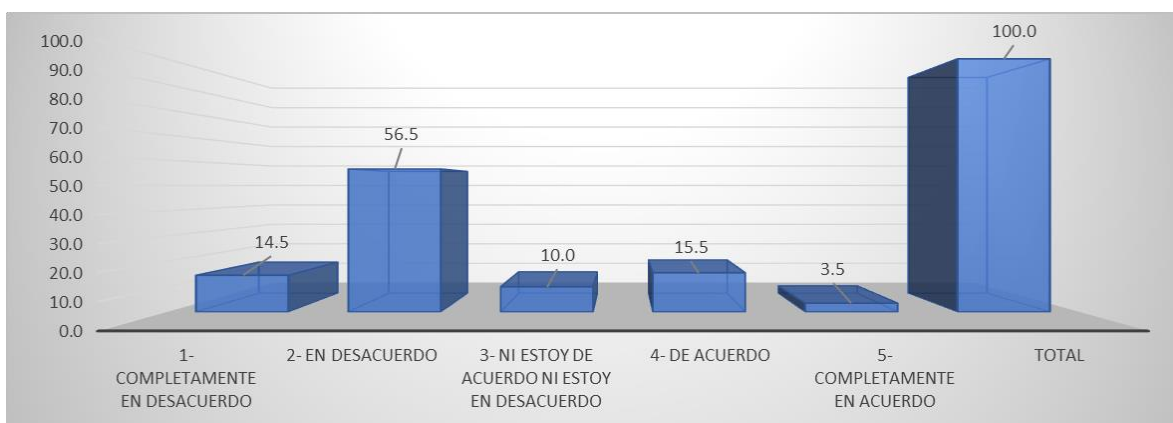
Análisis: Con respecto a la atracción visual que ejerce la tangibilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, veintitrés (11.5%) dicen que están completamente en desacuerdo, cuarenta y siete (23.5%) dicen que están en desacuerdo, cuarenta y siete (23.5%) dicen que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, cincuenta y ocho (29%) respondieron que están de acuerdo, veinticinco (12.5%) respondieron que están completamente de acuerdo.

Tabla 15. Espacios Adecuados de las Instalaciones Físicas

P 2 ¿De acuerdo con las instalaciones físicas del Centro de Salud Morelia, usted considera que sus espacios son adecuados?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	29	14.5	14.5	14.5
2- EN DESACUERDO	113	56.5	56.5	71.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	20	10.0	10.0	81.0
4- DE ACUERDO	31	15.5	15.5	96.5
5- COMPLETAMENTE EN ACUERDO	7	3.5	3.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 8: Espacios Adecuados de las Instalaciones Físicas



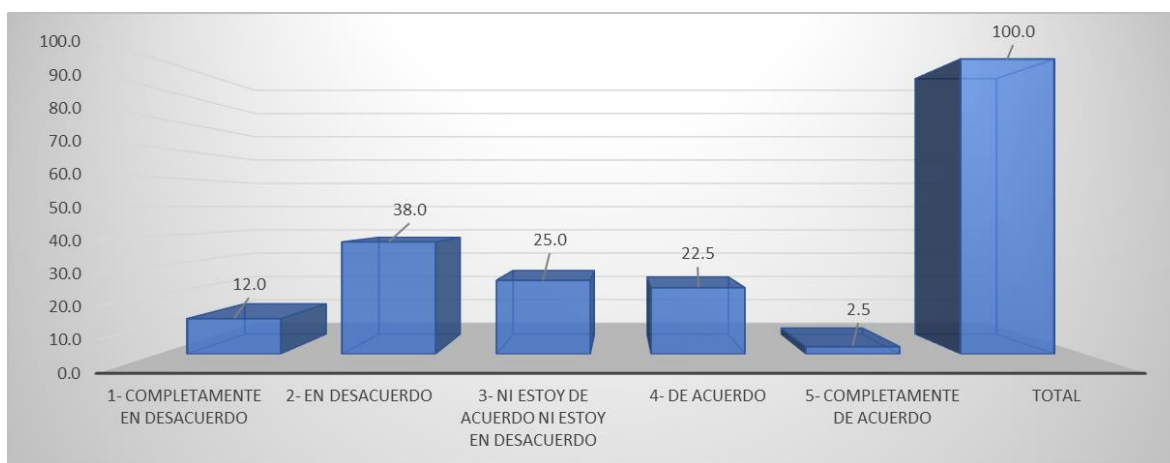
Análisis: Con respecto al espacio físico que ejerce la tangibilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, veintinueve (14.5%) dicen que están completamente en desacuerdo, ciento trece (56.5%) dicen que están en desacuerdo, veinte (10%) dicen que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, treinta y uno (15.5%) respondieron que están de acuerdo y siete (3.5%) respondieron que están completamente de acuerdo.

Tabla 16. Apariencia de Equipos

P 3 ¿De acuerdo con la apariencia que tienen los equipos que se utilizan en el Centro de Salud Morelia, usted considera que están en buen estado?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	24	12.0	12.0	12.0
2- EN DESACUERDO	76	38.0	38.0	50.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	50	25.0	25.0	75.0
4- DE ACUERDO	45	22.5	22.5	97.5
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	5	2.5	2.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 9: Apariencia de Equipos



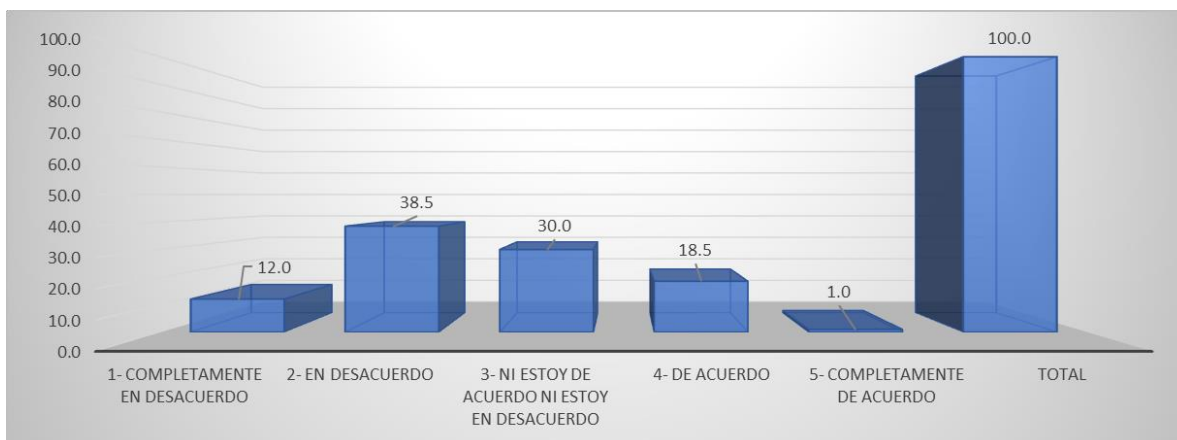
Análisis: Con respecto a la apariencia de los equipos que ejerce la tangibilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, veinticuatro (12%) dicen que están completamente en desacuerdo, setenta y seis (38%) dicen que están en desacuerdo, cincuenta (25%) dicen que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, cuarenta y cinco (22.5%) respondieron que están de acuerdo y cinco (2.5%) respondieron que están completamente de acuerdo.

Tabla 17. Calidad de los Materiales

P 4 ¿De acuerdo con los materiales que se tienen en el Centro de Salud Morelia, usted considera que son adecuados? están en buen estado?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	24	12.0	12.0	12.0
2- EN DESACUERDO	77	38.5	38.5	50.5
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	60	30.0	30.0	80.5
4- DE ACUERDO	37	18.5	18.5	99.0
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 10: Calidad de los Materiales



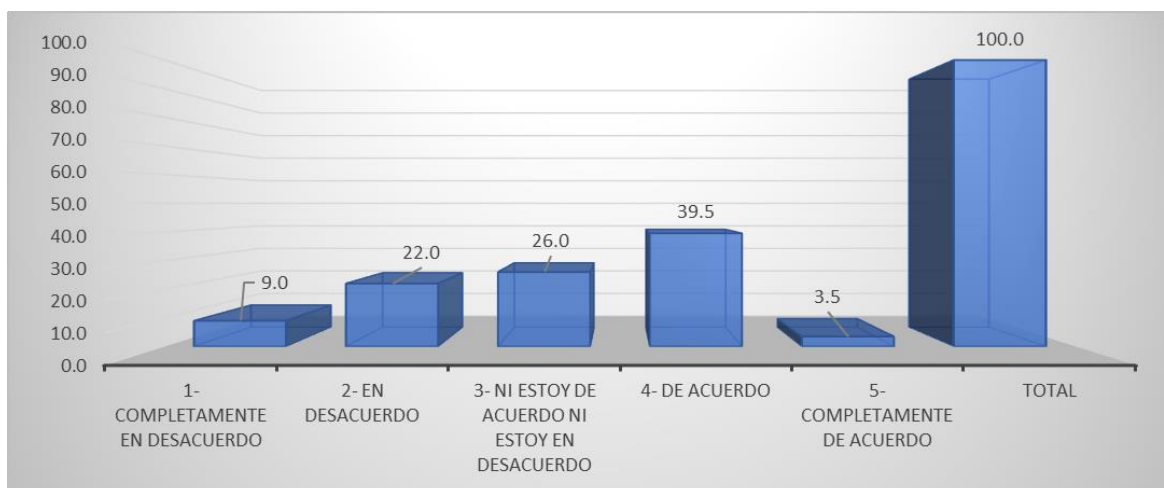
Análisis: Con respecto a los materiales que ejerce la tangibilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, veinticuatro (12.0%) dicen que están completamente en desacuerdo, setenta y siete (38.5%) dicen que están en desacuerdo, sesenta (30%) dicen que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, treinta y siete (18.5%) dicen que están de acuerdo y dos (1.0%) dicen que están completamente de acuerdo.

Tabla 18. Apariencia Adecuada de los Empleados

P 5 ¿De acuerdo con la apariencia que tienen los empleados del Centro de Salud Morelia, usted considera que es adecuada?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	18	9.0	9.0	9.0
2- EN DESACUERDO	44	22.0	22.0	31.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	52	26.0	26.0	57.0
4- DE ACUERDO	79	39.5	39.5	96.5
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	7	3.5	3.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 11: Apariencia Adecuada de los Empleados



Análisis: Con respecto a la apariencia de los empleados que ejerce la tangibilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, dieciocho (9%) dicen que están completamente en desacuerdo, cuarenta y cuatro (22%) dicen que están en desacuerdo, cincuenta y dos (26%) dicen que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, setenta y nueve (39.5%) respondieron que están de acuerdo y siete (3.5%) respondieron que están completamente de acuerdo.

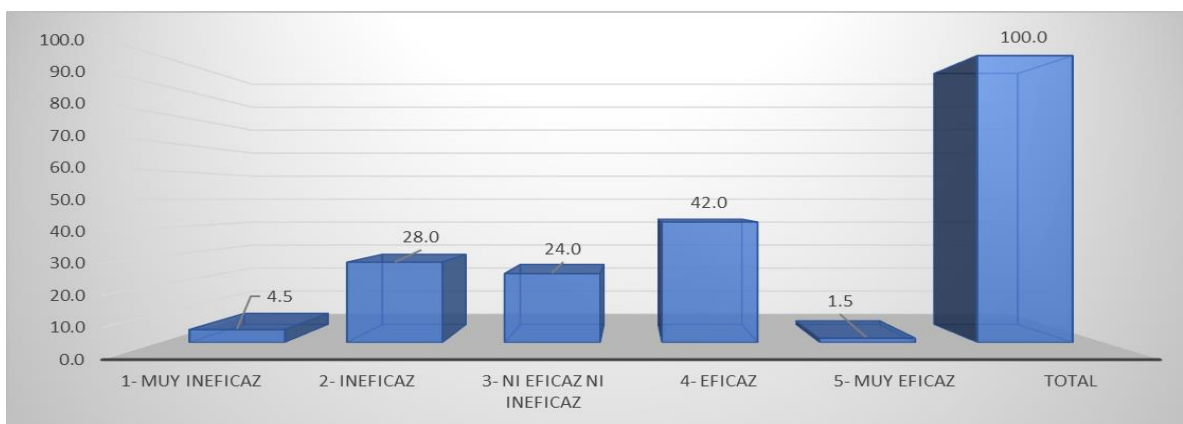
VARIABLE CONFIABILIDAD

Tabla 19. Cumplimiento Eficaz y apegado a Ética Laboral

P 6 ¿Usted considera que el cumplimiento que el Centro de Salud Morelia, brinda es eficaz y apegado a la ética laboral?

Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	9	4.5	4.5	4.5
2- INEFICAZ	56	28.0	28.0	32.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	48	24.0	24.0	56.5
4- EFICAZ	84	42.0	42.0	98.5
5- MUY EFICAZ	3	1.5	1.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 12 Cumplimiento Eficaz y apegado a Ética Laboral



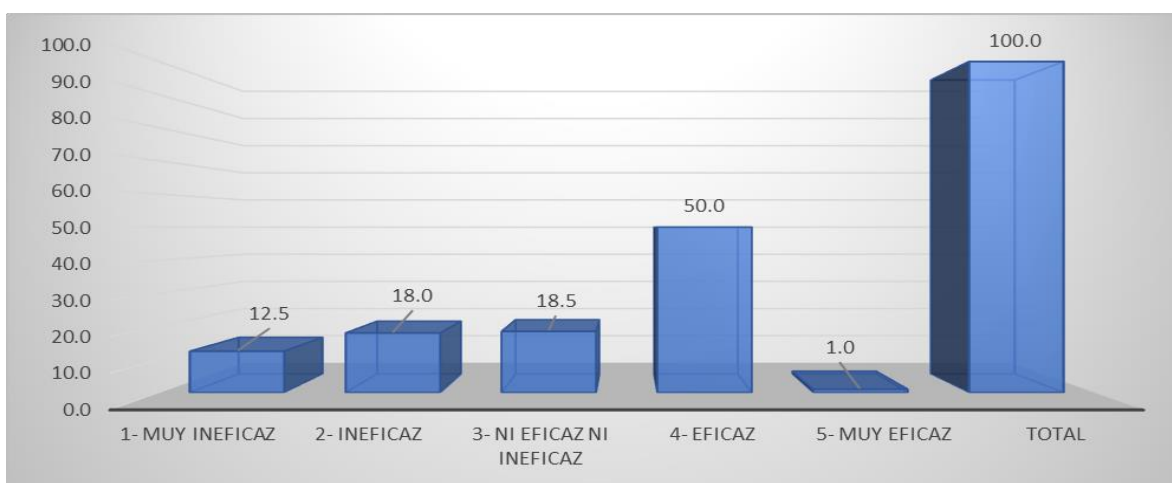
Análisis: Con respecto al cumplimiento eficaz y apegado a la ética laboral que ejerce la confiabilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, nueve (4.5%) dicen que es muy ineficaz, cincuenta y seis (28%) dicen que es ineficaz, cuarenta y ocho (24%) dicen que ni es eficaz ni ineficaz, ochenta y cuatro (42%) respondieron que es eficaz y tres (1.5%) respondieron que es muy eficaz.

Tabla 20. Resolución Eficaz al Problema

P 7 ¿Considera que el Centro de Salud Morelia es sincero y resuelve eficazmente el problema de su interés?

Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	25	12.5	12.5	12.5
2- INEFICAZ	36	18.0	18.0	30.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	37	18.5	18.5	49.0
4- EFICAZ	100	50.0	50.0	99.0
5- MUY EFICAZ	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 13: Resolución Eficaz al Problema



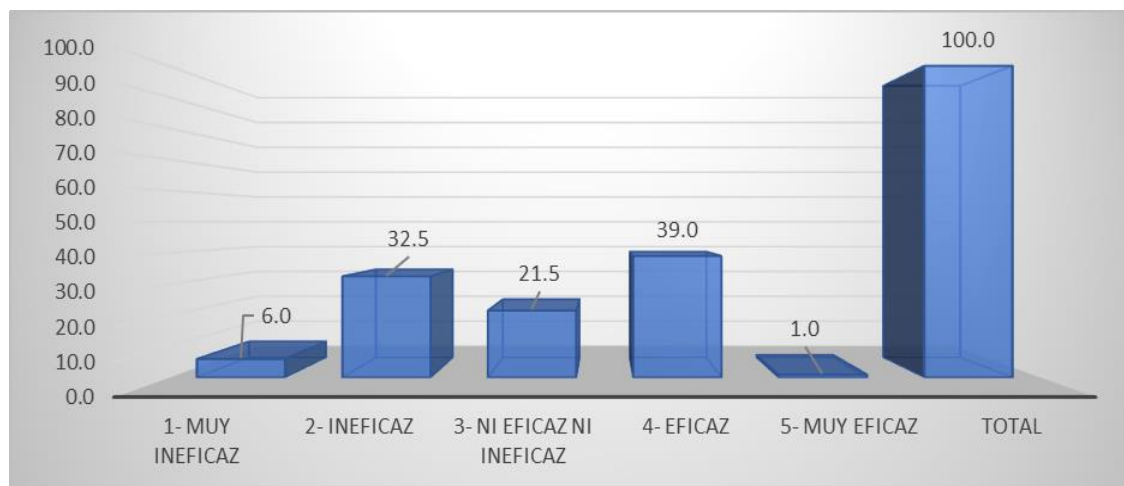
Análisis: Con respecto a la resolución eficaz al problema que ejerce la confiabilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, veinticinco (12.5%) dicen que es muy ineficaz, treinta y seis (18%) dicen que es ineficaz, treinta y siete (18.5%) dicen que ni es eficaz ni ineficaz, cien (50%) respondieron que es eficaz y dos (1.0%) respondieron que es muy eficaz.

Tabla 21. Tiempo Eficaz del Servicio Otorgado

P 8 ¿Usted considera que es eficaz el tiempo del servicio que el Centro de Salud Morelia le brinda a usted cómo usuario?

Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	12	6.0	6.0	6.0
2- INEFICAZ	65	32.5	32.5	38.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	43	21.5	21.5	60.0
4- EFICAZ	78	39.0	39.0	99.0
5- MUY EFICAZ	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 14: Tiempo Eficaz del Servicio Otorgado



Análisis: Con respecto al tiempo eficaz del servicio otorgado que ejerce la confiabilidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, doce (6%) dicen que es muy ineficaz, sesenta y cinco (32.5%) dicen que es ineficaz, cuarenta y tres (21.5%) dicen que ni es eficaz ni ineficaz, setenta y ocho (39%) respondieron que es eficaz y dos (1.0%) respondieron que es muy eficaz.

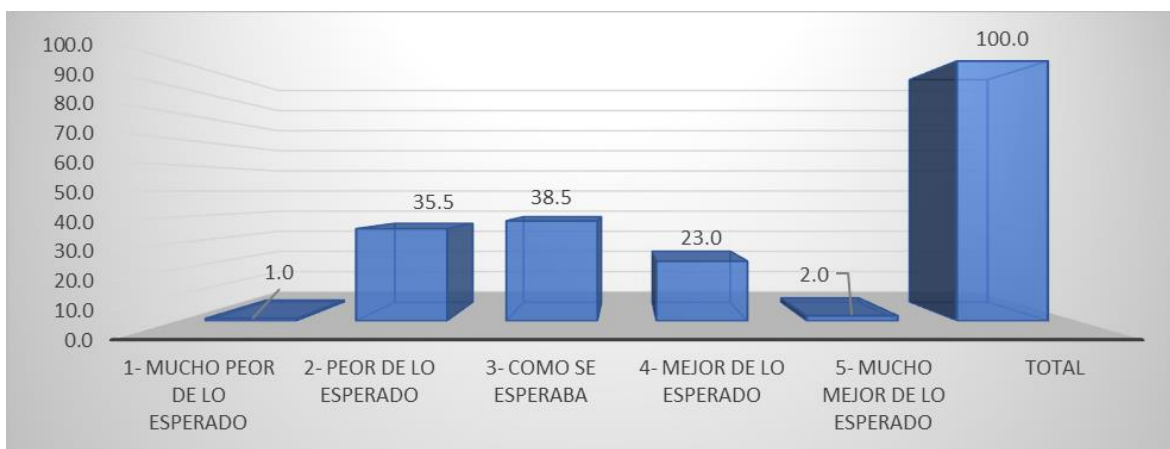
VARIABLE RESPUESTA DEL PERSONAL

Tabla 22. Nivel de responsabilidad del personal

P 9 ¿Considera que la responsabilidad del Centro de Salud Morelia, cumple con la expectativa para el fin de lograr el servicio prestado?

Respuesta del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUCHO PEOR DE LO ESPERADO	2	1.0	1.0	1.0
2- PEOR DE LO ESPERADO	71	35.5	35.5	36.5
3- COMO SE ESPERABA	77	38.5	38.5	75.0
4- MEJOR DE LO ESPERADO	46	23.0	23.0	98.0
5- MUCHO MEJOR DE LO ESPERADO	4	2.0	2.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 15: Nivel de responsabilidad del personal



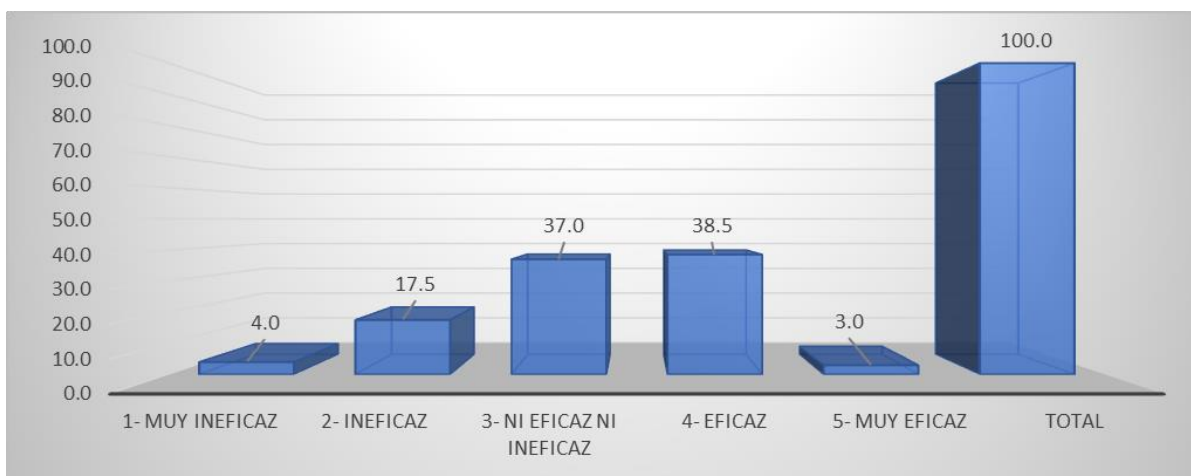
Análisis: Con respecto al nivel de responsabilidad por parte de los empleados del servicio otorgado que ejerce la respuesta del personal en el CSM, del total de doscientos encuestados, dos (1.0%) respondieron mucho peor de lo esperado, setenta y uno (35.5%) respondieron peor de lo esperado, treinta y setenta y siete (38.5%) respondieron como se esperaba, cuarenta y seis (23.0%) respondieron mejor de lo esperado y cuatro (2.0%) respondieron mucho mejor de lo esperado.

Tabla 23. Nivel de eficacia para ejecutar las operaciones

P 10 ¿Cómo evalúa la eficacia del servicio del Centro de Salud Morelia para ejecutar sus funciones (operaciones)?

Respuesta Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	8	4.0	4.0	4.0
2- INEFICAZ	35	17.5	17.5	21.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	74	37.0	37.0	58.5
4- EFICAZ	77	38.5	38.5	97.0
5- MUY EFICAZ	6	3.0	3.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 16: Nivel de eficacia para ejecutar las operaciones



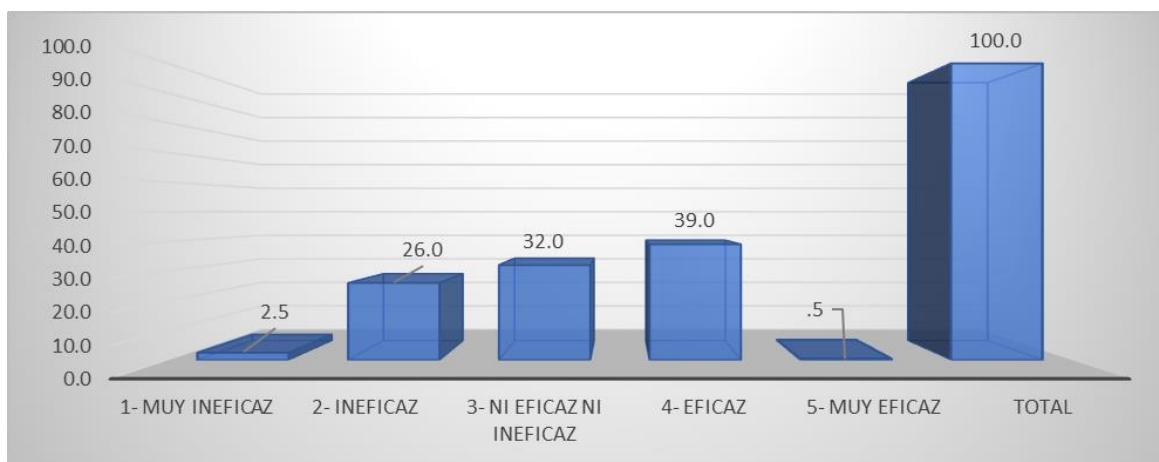
Análisis: Con respecto a la evaluación de la eficacia para ejecutar las operaciones de servicio otorgado que ejerce la respuesta del personal en el CSM, del total de doscientos encuestados, ocho (4.0%) respondieron muy ineficaz, treinta y cinco (17.5%) respondieron ineficaz, setenta y cuatro (37.0%) respondieron ni eficaz ni ineficaz, setenta y siete (38.5%) respondieron eficaz y seis (3.0%) respondieron muy eficaz.

Tabla 24. Eficacia en la disponibilidad del servicio

P 11 ¿Cómo cataloga la eficiencia en la disponibilidad que el Centro de Salud Morelia le proporciona?

Respuesta Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	5	2.5	2.5	2.5
2- INEFICAZ	52	26.0	26.0	28.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	64	32.0	32.0	60.5
4- EFICAZ	78	39.0	39.0	99.5
5- MUY EFICAZ	1	.5	.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 17: Eficacia en la disponibilidad del servicio



Análisis: Con respecto a la eficacia en la disponibilidad del servicio otorgado que ejerce la responsabilidad del personal en el CSM, del total de doscientos encuestados, cinco (2.5%) respondieron muy ineficaz, cincuenta y dos (26.0%) respondieron ineficaz, sesenta y cuatro (32.0%) respondieron ni eficaz ni ineficaz, setenta y ocho (39.0%) dijeron eficaz y uno (5.0%) dijo muy eficaz.

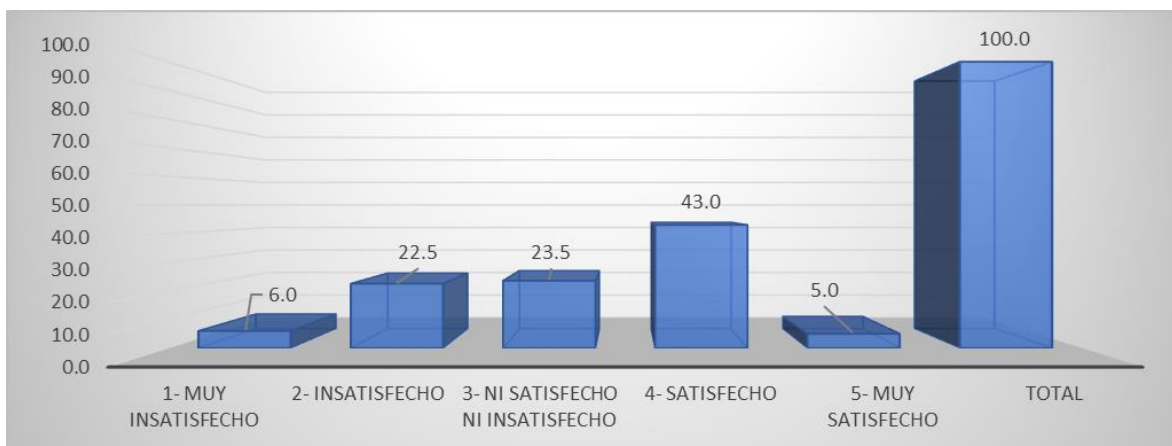
VARIABLE ASEGURAMIENTO

Tabla 25. Satisfacción de actitud en Servicio Proporcionado

P 12 ¿Usted está satisfecho con la actitud que el Centro de Salud Morelia desempeña en el servicio que le proporciona?

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INSATISFECHO	12	6.0	6.0	6.0
2- INSATISFECHO	45	22.5	22.5	28.5
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	47	23.5	23.5	52.0
4- SATISFECHO	86	43.0	43.0	95.0
5- MUY SATISFECHO	10	5.0	5.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 18: Satisfacción de actitud en Servicio Proporcionado



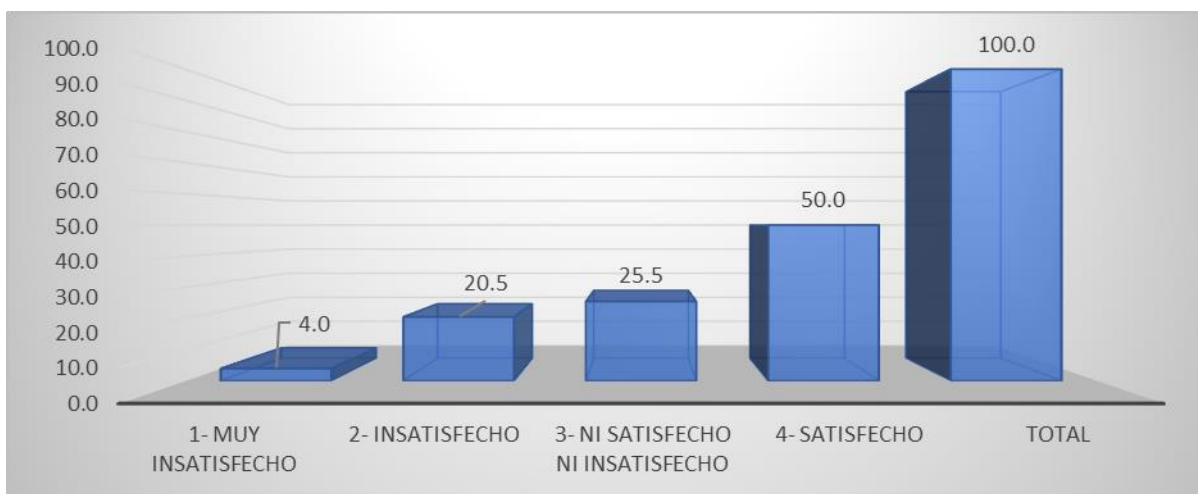
Análisis: Con respecto a la satisfacción de la actitud en el servicio otorgado que ejerce el aseguramiento en el CSM, del total de doscientos encuestados, doce (6.0%) respondieron muy insatisfecho, cuarenta y cinco (22.5%) respondieron insatisfecho, cuarenta y siete (23.5%) respondieron ni satisfecho ni insatisfecho, ochenta y seis (43.0%) dicen satisfecho y diez (5.0%) dicen muy satisfecho.

Tabla 26. Satisfacción con la amabilidad y cordialidad en servicio prestado

P 13 ¿Está usted satisfecho con la amabilidad y cordialidad que el Centro de Salud Morelia le brinda?

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INSATISFECHO	8	4.0	4.0	4.0
2- INSATISFECHO	41	20.5	20.5	24.5
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	51	25.5	25.5	50.0
4- SATISFECHO	100	50.0	50.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 19: Satisfacción con la amabilidad y cordialidad en servicio prestado



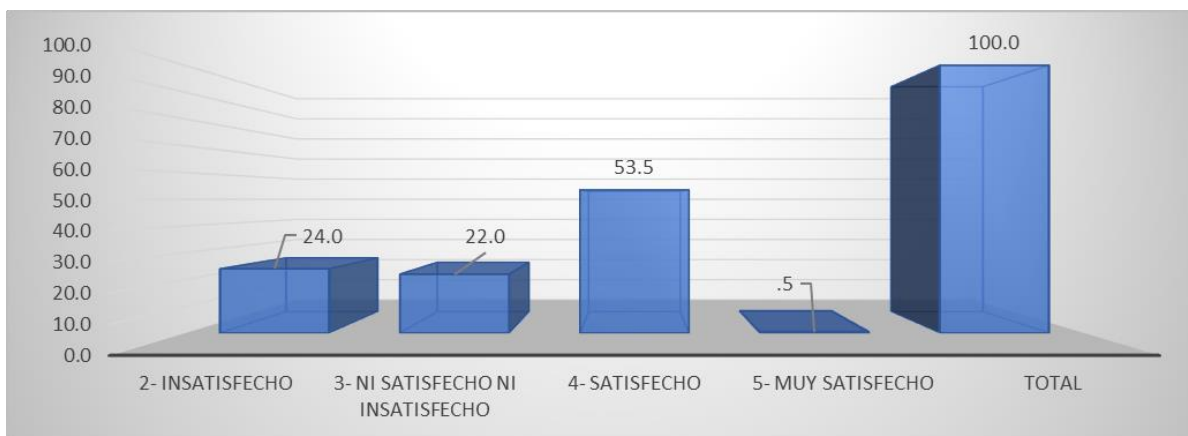
Análisis: Con respecto a la satisfacción con la amabilidad y cordialidad en el servicio otorgado que ejerce el aseguramiento en el CSM, del total de doscientos encuestados, ocho (4.0%) dicen que están muy insatisfechos, cuarenta y uno (20.5%) dicen que están insatisfechos, cincuenta y uno (25.5%) dicen que ni están satisfechos ni insatisfechos y cien (50%) respondieron que están satisfechos.

Tabla 27. Satisfacción del conocimiento en cuanto al Servicio

P 14 ¿Le satisface el conocimiento que el Centro de Salud Morelia le ofrece?

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2- INSATISFECHO	48	24.0	24.0	24.0
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	44	22.0	22.0	46.0
4- SATISFECHO	107	53.5	53.5	99.5
5- MUY SATISFECHO	1	.5	.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 20: Satisfacción del conocimiento en cuanto al Servicio



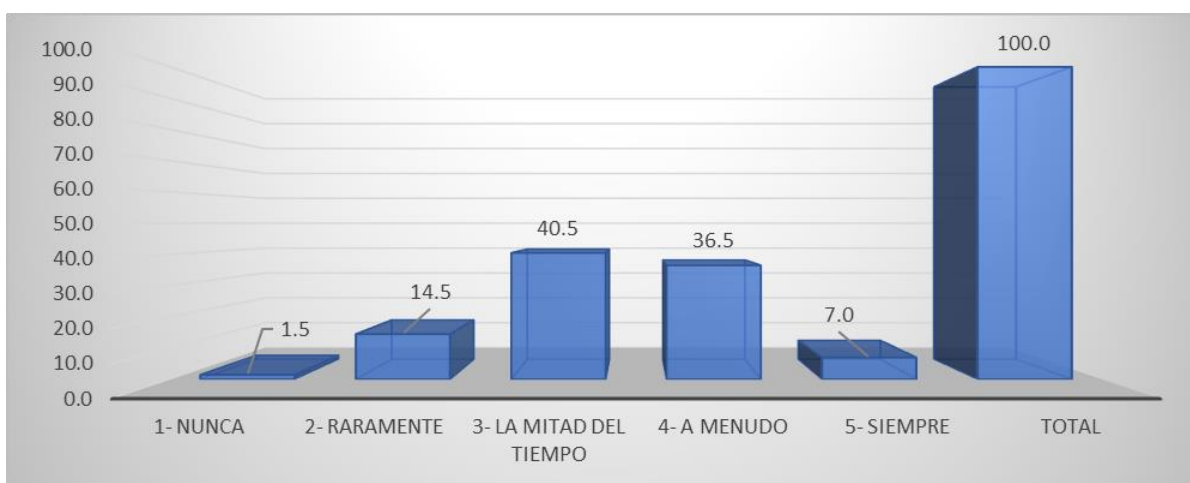
Análisis: Con respecto a la satisfacción del conocimiento en cuanto al servicio otorgado que ejerce el aseguramiento en el CSM, del total de doscientos encuestados, cuarenta y ocho (24.0%) dicen que están insatisfechos, cuarenta y cuatro (22.0%) respondieron que no están ni satisfechos ni insatisfechos, ciento siete (53.5%) respondieron que están satisfechos y uno (5.0%) respondió que está muy satisfecho.

Tabla 28. Frecuencia en el cumplimiento de obligaciones

P 15 ¿Con que frecuencia considera que el Centro de Salud Morelia cumple con sus obligaciones?

Empatía Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- NUNCA	3	1.5	1.5	1.5
2- RARAMENTE	29	14.5	14.5	16.0
3- LA MITAD DEL TIEMPO	81	40.5	40.5	56.5
4- A MENUDO	73	36.5	36.5	93.0
5- SIEMPRE	14	7.0	7.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 21: Frecuencia en el cumplimiento de obligaciones



Análisis: Con respecto a la frecuencia con la cual cumplen sus obligaciones del servicio otorgado que ejerce el aseguramiento en el CSM, del total de doscientos encuestados, tres (1.5%) dicen que nunca, veintinueve (14.5%) dicen que raramente, ochenta y uno (40.5%) dicen que la mitad del tiempo, setenta y tres (36.5%) respondieron que a menudo y catorce (7.0%) respondieron que siempre.

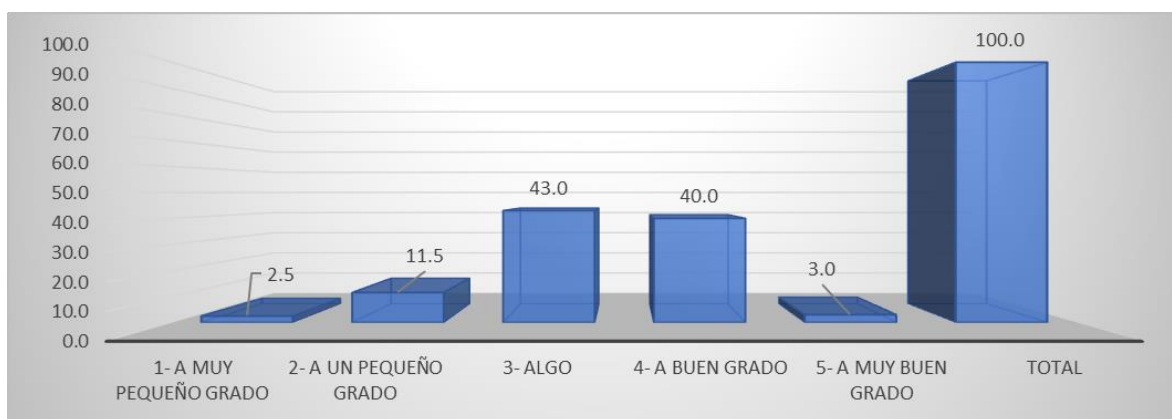
VARIABLE EMPATÍA DEL PERSONAL

Tabla 29. Grado de capacidad para captar necesidades

P 16 ¿Qué grado de capacidad cree usted que tenga el Centro de Salud Morelia para captar las necesidades de sus usuarios?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- A MUY PEQUEÑO GRADO	5	2.5	2.5	2.5
2- A UN PEQUEÑO GRADO	23	11.5	11.5	14.0
3- ALGO	86	43.0	43.0	57.0
4- A BUEN GRADO	80	40.0	40.0	97.0
5- A MUY BUEN GRADO	6	3.0	3.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 22: Grado de capacidad para captar necesidades



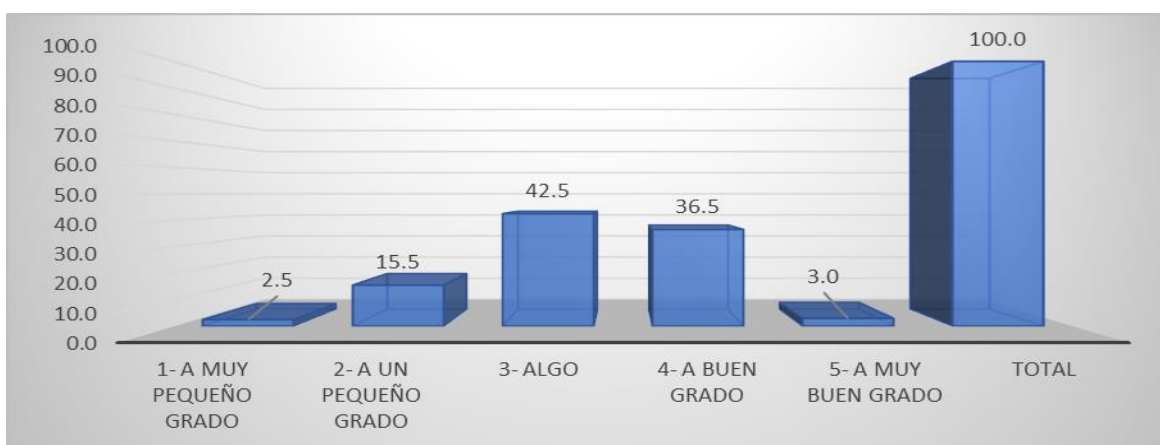
Análisis: Con respecto a la capacidad para captar las necesidades del servicio otorgado que ejerce la empatía del personal en el CSM, del total de doscientos encuestados, cinco (2.5%) dicen que, a muy pequeño grado, veintitrés (11.5%) dicen que un pequeño grado, ochenta y seis (43%) dicen que algo, ochenta (40%) respondieron que a buen grado y seis (3.0%) respondieron que a muy buen grado.

Tabla 30. Grado de comprensión ante las necesidades de los usuarios

P 17 ¿En qué grado evalúa usted la comprensión de su necesidad que el Centro de Salud Morelia le ha brindado?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- A MUY PEQUEÑO GRADO	5	2.5	2.5	2.5
2- A UN PEQUEÑO GRADO	31	15.5	15.5	18.0
3- ALGO	85	42.5	42.5	60.5
4- A BUEN GRADO	73	36.5	36.5	97.0
5- A MUY BUEN GRADO	6	3.0	3.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 23: Grado de comprensión ante las necesidades de los usuarios



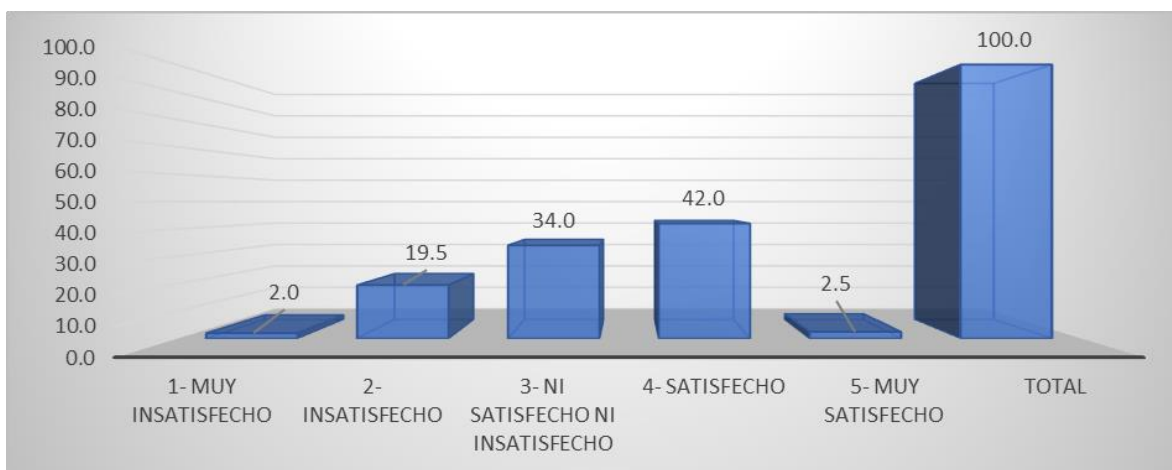
Análisis: Con respecto al nivel de comprensión ante las necesidades de los usuarios del servicio otorgado que ejerce la empatía del personal en el CSM, del total de doscientos encuestados, cinco (2.5%) dicen que, a muy pequeño grado, treinta y uno (15.5%) dicen que, a un pequeño grado, ochenta y cinco (42.5%) dicen que, a mediano grado, setenta y tres (36.5%) respondieron que es un buen grado y seis (3.0%) respondieron que es muy buen grado.

Tabla 31. Nivel de satisfacción ante los servicios brindados

P 18 ¿Le satisface la comunicación y la forma en que el personal del Centro de Salud Morelia le brinda las indicaciones?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INSATISFECHO	4	2.0	2.0	2.0
2- INSATISFECHO	39	19.5	19.5	21.5
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	68	34.0	34.0	55.5
4- SATISFECHO	84	42.0	42.0	97.5
5- MUY SATISFECHO	5	2.5	2.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 24: Nivel de satisfacción ante los servicios brindados



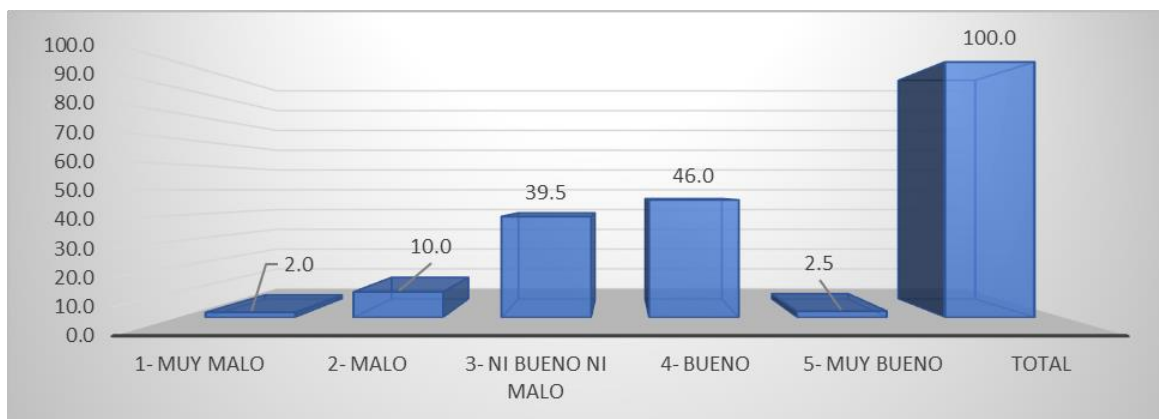
Análisis: Con respecto al nivel de satisfacción del servicio otorgado que ejerce la empatía del personal en el CSM, del total de doscientos encuestados, cuatro (2%) dicen que están muy insatisfechos, treinta y nueve (19.5%) dicen que están insatisfechos, sesenta y ocho (34%) dicen que ni están satisfechos ni insatisfechos, ochenta y cuatro (42%) respondieron que están satisfechos y cinco (2.5%) respondieron que están muy satisfechos.

Tabla 32. Nivel de comunicación que brinda el personal

P 19 ¿Cómo considera usted que es la comunicación que el personal del Centro de Salud Morelia le ofrece?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALO	4	2.0	2.0	2.0
2- MALO	20	10.0	10.0	12.0
3- NI BUENO NI MALO	79	39.5	39.5	51.5
4- BUENO	92	46.0	46.0	97.5
5- MUY BUENO	5	2.5	2.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 25: Nivel de comunicación que brinda el personal



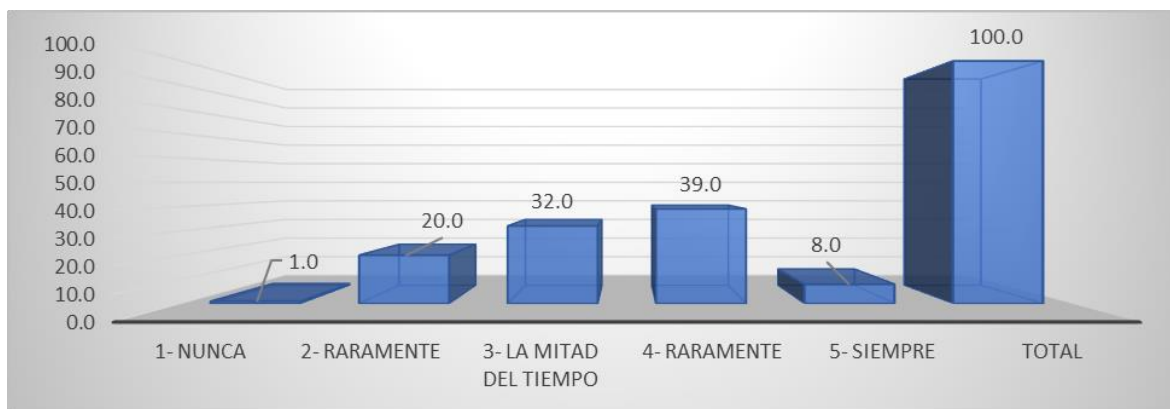
Análisis: Con respecto al nivel de comunicación que brinda el personal respecto del servicio otorgado que ejerce la calidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, cuatro (2%) dicen que es muy malo, veinte (10%) dicen que es malo, setenta y nueve (39.5%) dicen que ni es bueno ni malo, noventa y dos (46%) respondieron que es bueno y cinco (2.5%) respondieron que es muy bueno.

Tabla 33. Grado de conciencia en los empleados al momento de prestar el servicio

P 20 ¿Usted cree que los empleados del Centro de Salud Morelia son conscientes de los servicios que les ofrecen?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- NUNCA	2	1.0	1.0	1.0
2- RARAMENTE	40	20.0	20.0	21.0
3- LA MITAD DEL TIEMPO	64	32.0	32.0	53.0
4- RARAMENTE	78	39.0	39.0	92.0
5- SIEMPRE	16	8.0	8.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 26: Grado de conciencia en los empleados al momento de prestar el servicio



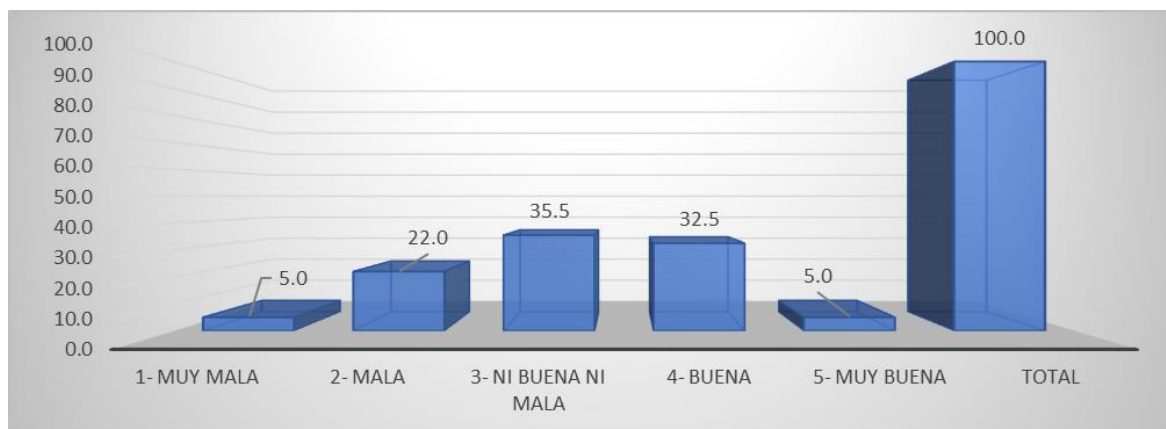
Análisis: Con respecto a la conciencia de los empleados al momento de prestar el servicio otorgado que ejerce la calidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, dos (1%) dicen que nunca, cuarenta (20%) dicen que medianamente, sesenta y cuatro (32%) dicen que la mitad del tiempo, setenta y ocho (39%) respondieron que a menudo y dieciséis (8.0%) respondieron que siempre.

Tabla 34. Nivel de inversión de calidad del CSM

P 21 ¿En cuanto a la inversión que hace el Centro de Salud Morelia para su mejora continua, considera que es de calidad?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALA	10	5.0	5.0	5.0
2- MALA	44	22.0	22.0	27.0
3- NI BUENA NI MALA	71	35.5	35.5	62.5
4- BUENA	65	32.5	32.5	95.0
5- MUY BUENA	10	5.0	5.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 27: Nivel de inversión de calidad del CSM



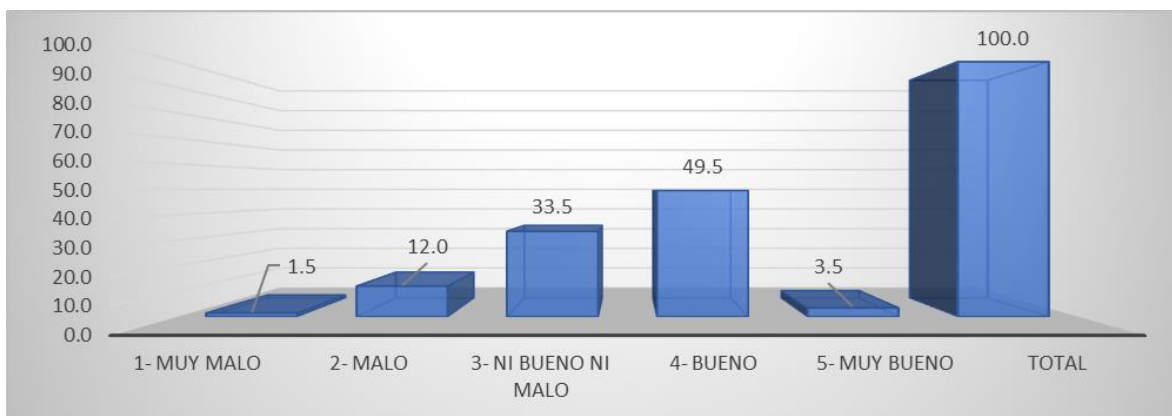
Análisis: Con respecto al nivel de inversión con respecto a la calidad del servicio otorgado que ejerce la calidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, diez (5%) dicen que es muy mala, cuarenta y cuatro (22%) dicen que es mala, treinta y setenta y uno (35.5%) dicen que ni es buena ni es mala, sesenta y cinco (32.5%) respondieron que es buena y diez (5.0%) respondieron que es muy buena.

Tabla 35. Nivel de conocimiento por parte de los empleados

P 22 ¿Considera usted que el conocimiento que los empleados del Centro de Salud Morelia tiene en cuanto al servicio prestado es adecuado?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALO	3	1.5	1.5	1.5
2- MALO	24	12.0	12.0	13.5
3- NI BUENO NI MALO	67	33.5	33.5	47.0
4- BUENO	99	49.5	49.5	96.5
5- MUY BUENO	7	3.5	3.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 28: Nivel de conocimiento por parte de los empleados



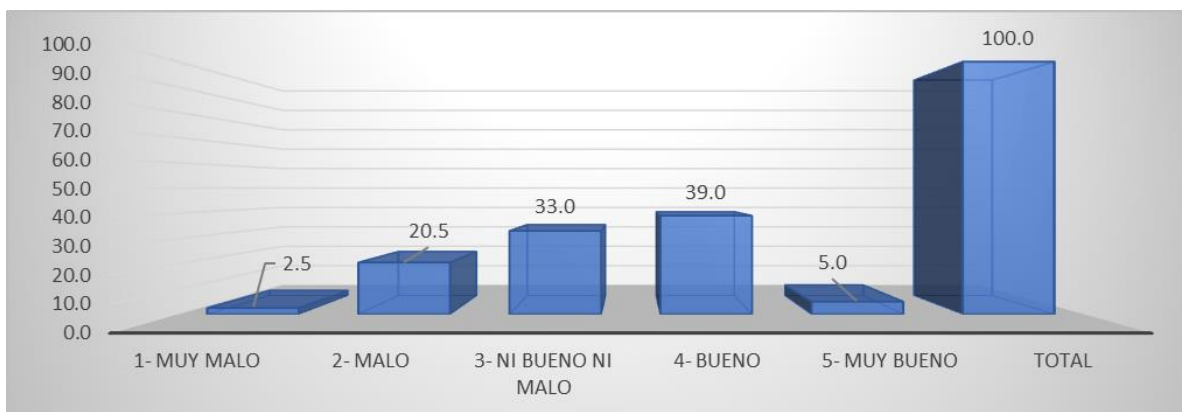
Análisis: Con respecto al nivel de conocimiento por parte del personal respecto del servicio otorgado que ejerce la calidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, tres (1.5%) dicen que es muy malo, veinticuatro (12%) dicen que es malo, sesenta y siete (33.5%) dicen que ni es bueno ni malo, noventa y nueve (49.5%) respondieron que es bueno y siete (3.5%) respondieron que es muy bueno.

Tabla 36. Grado de certificación de Calidad

P 23 ¿Considera usted que el Centro de Salud Morelia tiene certificación de Calidad?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALO	5	2.5	2.5	2.5
2- MALO	41	20.5	20.5	23.0
3- NI BUENO NI MALO	66	33.0	33.0	56.0
4- BUENO	78	39.0	39.0	95.0
5- MUY BUENO	10	5.0	5.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 29: Grado de certificación de Calidad



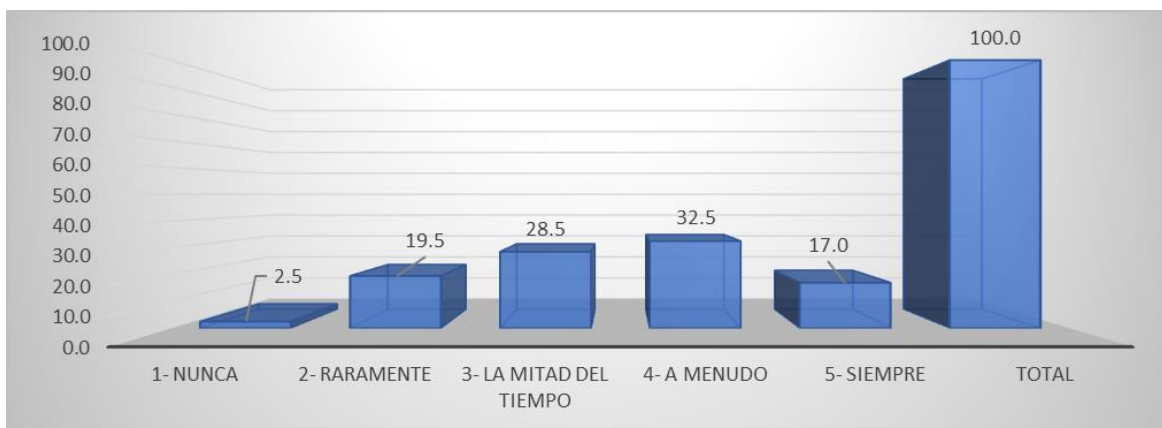
Análisis: Con respecto al grado de certificación del servicio otorgado que ejerce la calidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, cinco (2.5%) dicen que es muy malo, cuarenta y uno (20.5%) dicen que es malo, sesenta y seis (33%) dicen que ni es bueno ni malo, setenta y ocho (39%) respondieron que es bueno y diez (5.0%) respondieron que es muy bueno.

Tabla 37. Existencia de beneficio en contar con sistema de calidad

P 24 ¿En cuanto a los sistemas de calidad, usted considera que el Centro de Salud Morelia se beneficia al contar con dicho sistema?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- NUNCA	5	2.5	2.5	2.5
2- RARAMENTE	39	19.5	19.5	22.0
3- LA MITAD DEL TIEMPO	57	28.5	28.5	50.5
4- A MENUDO	65	32.5	32.5	83.0
5- SIEMPRE	34	17.0	17.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Gráfico No. 30: Existencia de beneficio en contar con sistema de calidad



Análisis: Con respecto al beneficio de contar con sistema de calidad en el servicio otorgado que ejerce la calidad en el CSM, del total de doscientos encuestados, cinco (2.5%) dicen que es nunca, treinta y nueve (19.5%) dicen que raramente, cincuenta y siete (28.5%) dicen que la mitad del tiempo, sesenta y cinco (32.5%) respondieron que a menudo y treinta y cuatro (17.0%) respondieron que siempre.

4.2 Conclusiones y Recomendaciones

Pensar en un servicio excepcional es raro, sin embargo, no es un sueño imposible. Existen empresas en todas las industrias que otorgan un servicio magnífico y como resultado se ven beneficiadas sus utilidades.

El propósito de esta investigación fue señalar el nivel de satisfacción que tienen los usuarios del Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Urueña”. Para realizar esto, fue necesario hacer una investigación: parte del trabajo consistió en realizar encuestas a distintos usuarios dentro del centro de salud, posteriormente presentarlo en forma de gráficas y explicarlo. Para más tarde hacer recomendaciones al personal que en el colaboran.

Cuando el servicio es malo, pierde todo el mundo; pierde el usuario, pierde el centro de salud, pierden los empleados e incluso los proveedores también se ven afectados. Por eso un servicio de excelencia es más rentable, más atractivo para los usuarios, como para los empleados y esto conduce a un mejor futuro para el centro de salud.

Por todo esto es importante escuchar al usuario para poder establecer una mejor estrategia y trabajar sobre los requerimientos o fallas del servicio, toda esta información es proporcionada por el alma del centro de salud, los usuarios.

Para poder proporcionar un servicio excepcional, hay que seguir una serie de pasos. Se tiene que cultivar un liderazgo en el servicio, ya que el liderazgo es una clave importante y determinante de la calidad en el servicio. Desarrollar valores y destrezas para fomentar el liderazgo, por lo tanto, se tienen que trabajar en todos los niveles desde el más alto como la dirección hasta el más bajo, tomando en cuenta a los empleados que interactúan de manera diaria con los usuarios.

Como recomendación general para poder brindar un buen servicio propongo establecer internamente una meta de excelencia, como manejar un día llamado “cero defectos”: en donde se identifiquen los errores más comunes de cada departamento buscando la mejor manera de eliminarlos. Obviamente, proporcionando todas las herramientas necesarias para tener éxito y observar el esmero conveniente por parte de los empleados. Trabajando con integridad y confianza se puede llevar al rumbo correcto.

Otra recomendación es, promover o seleccionar a las personas adecuadas para que ellas promuevan la calidad en el servicio, otorgando nuevas responsabilidades; o promoviendo un encargado especial para solucionar las fallas al momento del encuentro.

Considero importante mencionar que diversos estudios han demostrado, que el competir en un concurso de calidad, brinda grandes beneficios a las empresas sin importar si esta obtiene el primer lugar. Es decir, el solo hecho de trabajar en equipo y hacer los requisitos indispensables, son satisfactorios para los empleados y los usuarios porque observan el esfuerzo realizado por parte de los prestadores del servicio.

Otra opción para lograr una mejora significativa en el servicio sería hacer el papel de usuarios; en donde los empleados de manera anónima realizan la función de usuarios, y observan de manera externa los errores o fallas al momento de otorgar el servicio. Por lo tanto, ellos examinan desde afuera los encuentros con el servicio y fijan su atención sobre el papel que desempeña el empleado al momento de la interacción.

Todo lo mencionado con anterioridad, es inútil sin antes haber establecido o creado una estrategia de servicio; ya que esta será la guía que deberá ser clara y eficaz sin la necesidad de contar con amplios manuales y procedimientos.

Parte primordial de la estrategia, implica comprometerse con cuatro principios básicos: la confiabilidad, es decir un servicio exacto y serio; la espontaneidad, es decir encontrar la manera de hacer que el usuario se sienta bien, la recuperación, que es ganarse nuevamente la confianza de los usuarios y por último; la equidad, reglas iguales para ambos.

Para lograr identificar la mejor estrategia, se tiene que analizar las cosas más importantes y necesarias para el servicio y conocer las expectativas que tienen los usuarios; así como también conocer sus fortalezas y debilidades para que esta logre estar bien fundamentada.

Por eso es necesario facultar a los empleados para servir, no tiene sentido que el personal tenga talento o invertir en capacitación y después limitar sus habilidades de servicio. Pero facultar, no significa otorgar más libertades ni eliminar jerarquías, si no tener el control sobre la manera de realizar su trabajo, estar consciente del lugar donde se realizan sus actividades y sentirse responsables de su trabajo y acciones.

La dirección y administración fomenta esta actitud en el centro de salud, tratando a los empleados como la parte importante que son para así esperar un buen comportamiento. Con esto se logra no solo autoridad, sino responsabilidad de usar sus destrezas, conocimientos y el criterio necesario para servir eficazmente.

Otra recomendación de suma importancia, es desarrollar un trabajo en equipo, porque muchas veces el servicio excelente es otorgado por una sola persona; sin embargo esto no es suficiente para crear una buena imagen ante los usuarios que son los que están percibiendo y recibiendo el servicio, para esto los empleados deben de tener la capacidad y primordialmente el deseo de unir fuerzas y desarrollar trabajo en equipo mediante el logro de una buena comunicación vertical y horizontal, y eliminar las barreras internas y externas.

Así como también formar jornadas de participación, con esto se estimula los principios del trabajo y se conocen los problemas más a fondo con la participación de todo el personal sin importar el nivel sobre el organigrama.

De los resultados obtenidos, podemos mencionar que, la investigación destaca la importancia de brindar un servicio excepcional en el CSM para mejorar la satisfacción de los usuarios, beneficiar a la institución y garantizar un futuro próspero para todos los involucrados.

BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.). Obtenido de www.isotoools.org: <https://www.isotoools.org/2015/03/20/que-es-el-aseguramiento-de-la-calidad-y-como-se-consigue/>
- (s.f.). Obtenido de www.prezzi.com: <https://prezi.com/gzlpfmmamh6b0/confiabilidad-duracion-y-garantia-de-la-calidad/>
- Alvarez-Gayou Jurguenson, J. L. (2009). Como hacer investigacion cualitativa. *Paidos Educador*, 103-104.
- Bernal Torres, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación*. Méico: Prentice Hall.
- Berry, L. (2004). *Un buen servicio ya no basta*. España: Deusto.
- Borie, F. (Mayo de 2018). *Negocios Globales*. Obtenido de <http://www.emb.cl/negociosglobales/articulo.mvc?xid=1337&edi=66&xit=tangibilizar-los-servicios>
- Busot, j. A. (1991). *El Método Naturalista y la Investigación Educativa*. Universidad de Zulia.
- Camp, R. (1993). *Benchmarking La Busqueda de las Mejores Practicas de la Industria que conducen a un Desempeño Excelente*. Mexico: Panorama.
- Cantú Delgado, H. (2002). *Desarrollo de una Cultura de Calidad*. México: Mc Graw Hill.
- Chiavenato, I. (1990). *Administración de Recursos Humanos*. México: Altos.
- Diaz de Santos, D. (1996). *Gestión de la Calidad Total*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.
- Diez de Castro, E. P., Garcia del Junco, J., Martinez Jimenez, F., & Perianes Cristo, R. (1999). *Administración y Deirección de Empresas*.
- Estrada Castillo, O. (2023). *DESARROLLO HISTORICO DE LA CALIDAD SEGUNDA EDICION*. MEXICO: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
- Evans, J. R., & Lindsay, W. M. (2008). *Administración y Control de la Calidad*. Learning.
- Fases para implemantar un sistema de calidad orientado al incremento de la productividad*. (16 de 06 de 2015). Obtenido de <http://www.isotoools.org>
- Ferrell, O. C., & Hartline, M. D. (s.f.). *Estrategia de Marketing* (Tercera ed.). Thomson.
- Garces, H. (2000). *Investigación Científica*. Quito Ecuador: Abya Yala.
- Garcia Aviles, A. (2000). *Introducción a la Metodología*. México: Plaza y Valdez.
- Hannu, V. (1993). Garantía de Calidad en Europa. *Salud Pública Mex*, 35, 291-297.
- Harrington, J. (1995). *High Performance Benchmarkin 2 Steps To Succes*. Mc Graw Hill.
- Hernandez Sampieri, R., & Fernandez-Collado, C. (2010). *Metodologia de la Inverstigaciòn*. Mèxico: Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Inventigación*. México: Mc Graw Hill.

- Hernández y Rodríguez, S. J. (2011). *Introducción a la Administración*. México: Mc Graw Hill.
- Hill, N. (2001). *Manual de Satisfacción del Cliente y Evaluación de la Fidelidad*. España: Aenor.
- Hurtado Leon, I., & Toro Garrido, J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación*. CEC.
- Kerlinger. (2002).
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Kerlinget. (2002).
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2001). *Marketing* (Octava ed.). Mexico: Practice Hall.
- Lamb, C. W., Hair, J. F., & Mc Daniel, C. (2006). *Marketing*. México: Cengage Learning Editores S.A.
- Losada Otálora, M., & Rodríguez Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. 237-258.
- Pacheco Espejel, A., & Cruz Estrada, M. C. (2006). *Metodología Crítica de la Investigación. Lógica, Procedimientos y Técnicas*. México: CECOSA.
- Reyes P., A. (2003). *Administración de Empresas. Teoría y práctica* (Quincuagésimotercera ed.). México, México: Editorial Limusa, S.A. de C.V.
- Rojas. (1997).
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Caracas: Panapo.
- Sabino, C. A. (s.f.). *El Proceso de Investigación*. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Humanitas.
- Sachse, M. (2003). *Planeación Estratégica de Empresas Públicas*. México: Trillas.
- Sandholm, L. (1995). *Control Total de Calidad*. México: Trillas.
- Servicios de Sallud de Michoacán*. (2014). Obtenido de <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/ssm/mision-y-vision>
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El Proceso de la Investigación Científica*. México: Limusa.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Madrid, España: Díaz de Santos S.A.

ANEXOS

ANEXO 1. FRECUENCIAS

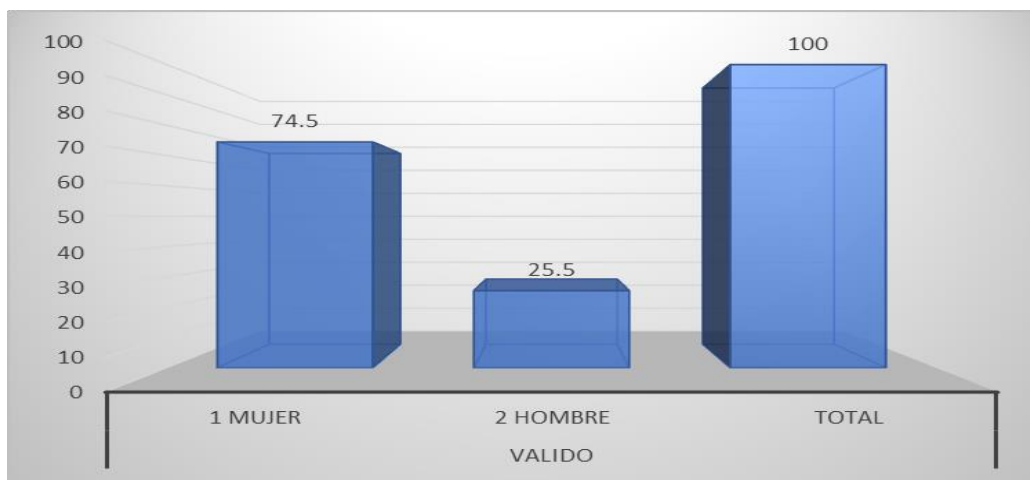
Estadísticos

Tabla 38. Género de los Encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido	1 Mujer	149	74.5	74.5	74.5
	2 Hombre	51	25.5	25.5	100
	Total	200	100	100	

Fuente: Elaboración propia con base en el programa estadístico SPSS

Gráfico No. 2: Género de los encuestados



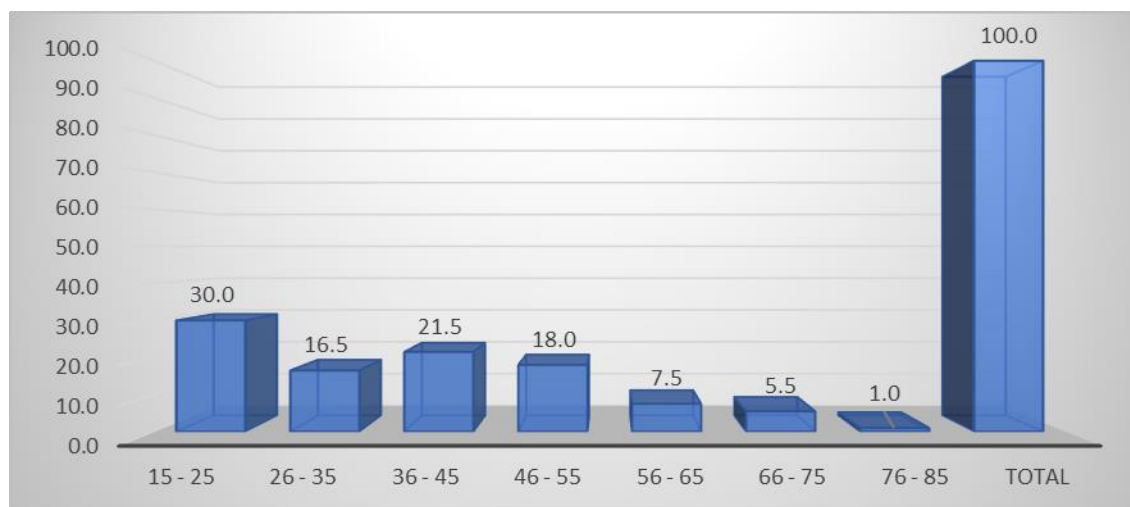
Análisis: De un total de doscientos encuestados, ciento cuarenta y nueve pertenecen al género femenino y cincuenta y uno al género masculino, representando así un porcentaje del 74.5% y 25.5%, respectivamente.

Tabla 39. Edad de los Encuestados

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
15 - 25	60	30.0	30.0	30.0
26 - 35	33	16.5	16.5	46.5
36 - 45	43	21.5	21.5	68.0
46 - 55	36	18.0	18.0	86.0
56 - 65	15	7.5	7.5	93.5
66 - 75	11	5.5	5.5	99.0
76 - 85	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en el programa estadístico SPSS

Gráfico No. 3: Edad de los encuestados



Análisis: Del total de doscientos encuestados el 30% representado por sesenta encuestados tienen una edad en un rango de quince a veinticinco años, el 16.5% representado por treinta y tres encuestados su edad oscila entre los veintiséis a treinta y cinco años, el 21.5% representado por cuarenta y tres encuestados tiene

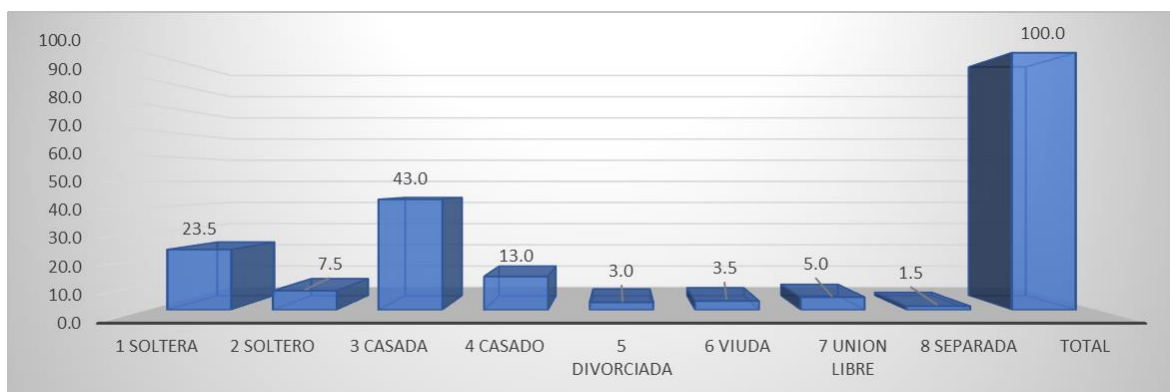
una edad oscilante entre los treinta y seis y cuarenta y cinco años, el 18% representado por treinta y seis encuestados tienen una edad entre los cuarenta y seis y cincuenta y cinco años, el 7.5% representado por quince encuestados tienen una edad oscilante entre los cincuenta y seis y sesenta y cinco años de edad, mientras que el 5.5% de los encuestados, es decir once, cuentan con una edad de sesenta y seis y setenta y cinco años y finalmente, el 1% representado por dos encuestados cuenta con una edad de entre los setenta y seis y ochenta y cinco años de edad.

Tabla 40. Estado Civil del Personal

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1 - SOLTERA	47	23.5	23.5	23.5
2 - SOLTERO	15	7.5	7.5	31.0
3 - CASADA	86	43.0	43.0	74.0
4 - CASADO	26	13.0	13.0	87.0
5 - DIVORCIADA	6	3.0	3.0	90.0
6 - VIUDA	7	3.5	3.5	93.5
7 - UNION LIBRE	10	5.0	5.0	98.5
8 - SEPARADA	3	1.5	1.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en el programa estadístico SPSS

Gráfico No. 4: Estado civil del personal



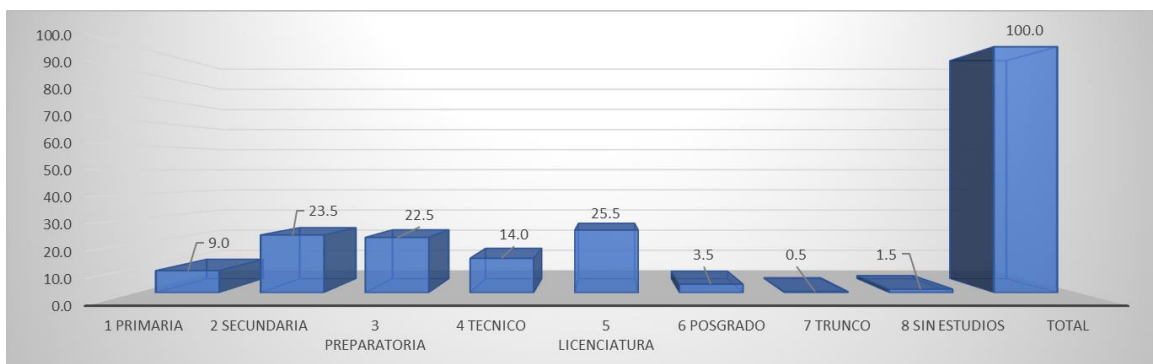
Análisis: Del total de doscientos encuestados, cuarenta y siete (23.5%) su estado civil es soltera, quince (7.5%) su estado civil es soltero, ochenta y seis (43%) su estado civil es casada, veintiséis (13%) su estado civil es casado, seis (3%) su estado civil es divorciada, siete (3.5%) su estado civil es viuda, diez (5%) su estado civil es unión libre, mientras que tres (1.5%) su estado civil es separada.

Tabla 41. Nivel de Estudios

Nivel de Estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1 - PRIMARIA	18	9.0	9.0	9.0
2 - SECUNDARIA	47	23.5	23.5	32.5
3 - PREPARATORIA	45	22.5	22.5	55.0
4 - TECNICO	28	14.0	14.0	69.0
5 - LICENCIATURA	51	25.5	25.5	94.5
6 - POSGRADO	7	3.5	3.5	98.0
7 - TRUNCO	1	0.5	0.5	98.5
8 - SIN ESTUDIOS	3	1.5	1.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en el programa estadístico SPSS

Gráfico No. 5: Nivel de Estudios



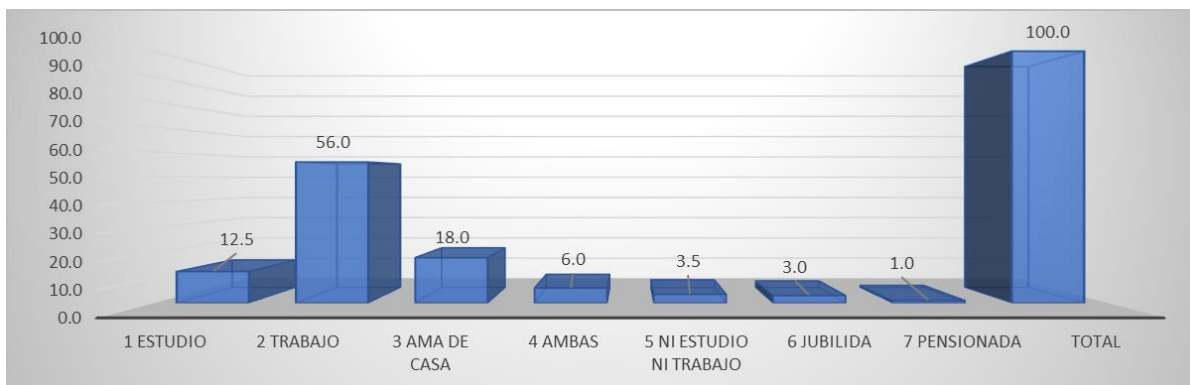
Análisis: Del 100% de encuestados (200), el 9% representado por dieciocho encuestados tienen el grado máximo de estudios de primaria, el 23.5% representado por cuarenta y siete encuestados cuenta con un grado máximo de estudios de secundaria, el 22.5% representado por cuarenta y cinco encuestados cuenta con un grado máximo de preparatoria o nivel medio superior, el 14% representado por veintiocho encuestados cuenta con un grado máximo de estudios de nivel técnico, el 25.5% representado por cincuenta y un encuestados cuentan con un grado máximo de estudios de licenciatura, mientras que el 3.5% representado por siete encuestados tiene un nivel máximo de estudios de posgrado, el 0.5% representado por un encuestado tiene un nivel de estudios de carrera trunca, y por último, el 1.5% representado por tres encuestados sin nivel de estudios.

Tabla 42. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1 - ESTUDIO	25	12.5	12.5	12.5
2 - TRABAJO	112	56.0	56.0	68.5
3 - AMA DE CASA	36	18.0	18.0	86.5
4 - AMBAS	12	6.0	6.0	92.5
5 - NI ESTUDIO NI TRABAJO	7	3.5	3.5	96.0
6 - JUBILADA	6	3.0	3.0	99.0
7 - PENSIONADA	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en el programa estadístico SPSS

Gráfico No. 6: Ocupación



Análisis: Del total de doscientos encuestados, veinticinco (12.5%) son estudiantes, ciento doce (56%) se encuentran trabajando, treinta y seis (18%) son amas de casa, doce (6%) trabajan y estudian, siete (3.5%) no se encuentran trabajando ni estudiando, mientras que dos (3%) son personas jubiladas y uno (1%) se encuentran percibiendo un salario como pensionadas.

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ENTREVISTAS

P 1 ¿De acuerdo con las instalaciones físicas del Centro de Salud Morelia, usted considera que son visualmente atractivas?

Valores
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
EN DESACUERDO
NI ESTOY DEACUERDO NI EN DESACUERDO
DE ACUERDO
COMPLETAMENTE DE ACUERDO

P 2 ¿De acuerdo con las instalaciones físicas del Centro de Salud Morelia, usted considera que sus espacios son adecuados?

Valores
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
EN DESACUERDO
NI ESTOY DEACUERDO NI EN DESACUERDO
DE ACUERDO
COMPLETAMENTE DE ACUERDO

P 3 ¿De acuerdo con la apariencia que tienen los equipos que se utilizan en el Centro de Salud Morelia, usted considera que están en buen estado?

Valores
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
EN DESACUERDO
NI ESTOY DEACUERDO NI EN DESACUERDO
DE ACUERDO
COMPLETAMENTE DE ACUERDO

P 4 ¿De acuerdo con los materiales que se tienen en el Centro de Salud Morelia, usted considera que son adecuados?

Valores
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
EN DESACUERDO
NI ESTOY DEACUERDO NI EN DESACUERDO
DE ACUERDO
COMPLETAMENTE DE ACUERDO

P 5 ¿De acuerdo con la apariencia que tienen los empleados del Centro de Salud Morelia, usted considera que es adecuada?

Valores
COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
EN DESACUERDO
NI ESTOY DEACUERDO NI EN DESACUERDO
DE ACUERDO
COMPLETAMENTE DE ACUERDO

P 6 ¿Usted considera que el cumplimiento que el Centro de Salud Morelia, brinda es eficaz y apegado a la ética laboral?

Valores
MUY INEFICAZ
INEFICAZ
NI EFICAZ NI INEFICAZ
EFICAZ
MUY EFICAZ

P 7 ¿Considera que el Centro de Salud Morelia es sincero y resuelve eficazmente el problema de su interés?

Valores
MUY INEFICAZ
INEFICAZ
NI EFICAZ NI INEFICAZ
EFICAZ
MUY EFICAZ

P 8 ¿Usted considera que es eficaz el tiempo del servicio que el Centro de Salud Morelia le brinda a usted cómo usuario?

Valores
MUY INEFICAZ
INEFICAZ
NI EFICAZ NI INEFICAZ
EFICAZ
MUY EFICAZ

P 9 ¿Considera que la responsabilidad del Centro de Salud Morelia, cumple con la expectativa para el fin de lograr el servicio prestado?

Valores
MUCHO PEOR DE LO ESPERADO
PEOR DE LO ESPERADO
COMO SE ESPERABA
MEJOR DE LO ESPERADO
MUCHO MEJOR DE LO ESPERADO

P 10 ¿Cómo evalúa la eficacia del servicio del Centro de Salud Morelia para ejecutar sus funciones (operaciones)?

Valores
MUY INEFICAZ
INEFICAZ
NI EFICAZ NI INEFICAZ
EFICAZ
MUY EFICAZ

P 11 ¿Cómo cataloga la eficiencia en la disponibilidad que el Centro de Salud Morelia le proporciona?

Valores
MUY INEFICAZ
INEFICAZ
NI EFICAZ NI INEFICAZ
EFICAZ
MUY EFICAZ

P 12 ¿Usted está satisfecho con la actitud que el Centro de Salud Morelia desempeña en el servicio que le proporciona?

Valores
MUY INSATISFECHO
INSATISFECHO
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO
SATISFECHO
MUY SATISFECHO

P 13 ¿Está usted satisfecho con la amabilidad y cordialidad que el Centro de Salud Morelia le brinda?

Valores
MUY INSATISFECHO
INSATISFECHO
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO
SATISFECHO
MUY SATISFECHO

P 14 ¿Le satisface el conocimiento que el Centro de Salud Morelia le ofrece?

Valores
MUY INSATISFECHO
INSATISFECHO
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO
SATISFECHO
MUY SATISFECHO

P 15 ¿Con que frecuencia considera que el Centro de Salud Morelia cumple con sus obligaciones?

Valores
NUNCA
RARAMENTE
LA MITAD DEL TIEMPO
A MENUDO
SIEMPRE

P 16 ¿Qué grado de capacidad cree usted que tenga el Centro de Salud Morelia para captar las necesidades de sus usuarios?

Valores
A MUY PEQUEÑO GRADO
A UN PEQUEÑO GRADO
ALGO
A BUEN GRADO
A MUY BUEN GRADO

P 17 ¿En qué grado evalúa usted la comprensión de su necesidad que el Centro de Salud Morelia le ha brindado?

Valores
A MUY PEQUEÑO GRADO
A UN PEQUEÑO GRADO
ALGO
A BUEN GRADO
A MUY BUEN GRADO

P 18 ¿Le satisface la comunicación y la forma en que el personal del Centro de Salud Morelia le brinda las indicaciones?

Valores
MUY INSATISFECHO
INSATISFECHO
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO
SATISFECHO
MUY SATISFECHO

P 19 ¿Cómo considera usted que es la comunicación que el personal del Centro de Salud Morelia le ofrece?

Valores
MUY MALO
MALO
NI BUENO NI MALO
BUENO
MUY BUENO

P 20 ¿Usted cree que los empleados del Centro de Salud Morelia son conscientes de los servicios que les ofrecen?

Valores
NUNCA
RARAMENTE
LA MITAD DEL TIEMPO
A MENUDO
SIEMPRE

P 21 ¿En cuanto a la inversión que hace el Centro de Salud Morelia para su mejora continua, considera que es de calidad?

Valores
MUY MALA
MALA
NI BUENA NI MALA
BUENA
MUY BUENA

P 22 ¿Considera usted que el conocimiento que los empleados del Centro de Salud Morelia tiene en cuanto al servicio prestado es adecuado?

Valores
MUY MALO
MALO
NI BUENO NI MALO
BUENO
MUY BUENO

P 23 ¿Considera usted que el Centro de Salud Morelia tiene certificación de Calidad?

Valores
MUY MALO
MALO
NI BUENO NI MALO
BUENO
MUY BUENO

P 24 ¿En cuanto a los sistemas de calidad, usted considera que el Centro de Salud Morelia se beneficia al contar con dicho sistema?

Valores
NUNCA
RARAMENTE
LA MITAD DEL TIEMPO
A MENUDO
SIEMPRE

ANEXO 3 RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS POR PREGUNTA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DEL CENTRO DE SALUD MORELIA

VARIABLE TANGIBILIDAD

P 1 ¿De acuerdo con las instalaciones físicas del Centro de Salud Morelia, usted considera que son visualmente atractivas?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	23	11.5	11.5	11.5
2- EN DESACUERDO	47	23.5	23.5	35.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	47	23.5	23.5	58.5
4- EN ACUERDO	58	29.0	29.0	87.5
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	25	12.5	12.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 2 ¿De acuerdo con las instalaciones físicas del Centro de Salud Morelia, usted considera que sus espacios son adecuados?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	29	14.5	14.5	14.5
2- EN DESACUERDO	113	56.5	56.5	71.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	20	10.0	10.0	81.0
4- DE ACUERDO	31	15.5	15.5	96.5
5- COMPLETAMENTE EN ACUERDO	7	3.5	3.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 3 ¿De acuerdo con la apariencia que tienen los equipos que se utilizan en el Centro de Salud Morelia, usted considera que están en buen estado?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	24	12.0	12.0	12.0
2- EN DESACUERDO	76	38.0	38.0	50.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	50	25.0	25.0	75.0
4- DE ACUERDO	45	22.5	22.5	97.5
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	5	2.5	2.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 4 ¿De acuerdo con los materiales que se tienen en el Centro de Salud Morelia, usted considera que son adecuados?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	24	12.0	12.0	12.0
2- EN DESACUERDO	77	38.5	38.5	50.5
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	60	30.0	30.0	80.5
4- DE ACUERDO	37	18.5	18.5	99.0
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 5 ¿De acuerdo con la apariencia que tienen los empleados del Centro de Salud Morelia, usted considera que es adecuada?

Tangibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	18	9.0	9.0	9.0
2- EN DESACUERDO	44	22.0	22.0	31.0
3- NI ESTOY DE ACUERDO NI ESTOY EN DESACUERDO	52	26.0	26.0	57.0
4- DE ACUERDO	79	39.5	39.5	96.5
5- COMPLETAMENTE DE ACUERDO	7	3.5	3.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

VARIABLE CONFIABILIDAD

P 6 ¿Usted considera que el cumplimiento que el Centro de Salud Morelia, brinda es eficaz y apegado a la ética laboral?

Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUJ INEFICAZ	9	4.5	4.5	4.5
2- INEFICAZ	56	28.0	28.0	32.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	48	24.0	24.0	56.5
4- EFICAZ	84	42.0	42.0	98.5
5- MUJ EFICAZ	3	1.5	1.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 7 ¿Considera que el Centro de Salud Morelia es sincero y resuelve eficazmente el problema de su interés?

Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	25	12.5	12.5	12.5
2- INEFICAZ	36	18.0	18.0	30.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	37	18.5	18.5	49.0
4- EFICAZ	100	50.0	50.0	99.0
5- MUY EFICAZ	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 8 ¿Usted considera que es eficaz el tiempo del servicio que el Centro de Salud Morelia le brinda a usted cómo usuario?

Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	12	6.0	6.0	6.0
2- INEFICAZ	65	32.5	32.5	38.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	43	21.5	21.5	60.0
4- EFICAZ	78	39.0	39.0	99.0
5- MUY EFICAZ	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

VARIABLE RESPUESTA DEL PERSONAL

P 9 ¿Considera que la responsabilidad del Centro de Salud Morelia, cumple con la expectativa para el fin de lograr el servicio prestado?

Respuesta del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUCHO PEOR DE LO ESPERADO	2	1.0	1.0	1.0
2- PEOR DE LO ESPERADO	71	35.5	35.5	36.5
3- COMO SE ESPERABA	77	38.5	38.5	75.0
4- MEJOR DE LO ESPERADO	46	23.0	23.0	98.0
5- MUCHO MEJOR DE LO ESPERADO	4	2.0	2.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 10 ¿Cómo evalúa la eficacia del servicio del Centro de Salud Morelia para ejecutar sus funciones (operaciones)?

Respuesta Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	8	4.0	4.0	4.0
2- INEFICAZ	35	17.5	17.5	21.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	74	37.0	37.0	58.5
4- EFICAZ	77	38.5	38.5	97.0
5- MUY EFICAZ	6	3.0	3.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 11 ¿Cómo cataloga la eficiencia en la disponibilidad que el Centro de Salud Morelia le proporciona?

Respuesta Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INEFICAZ	5	2.5	2.5	2.5
2- INEFICAZ	52	26.0	26.0	28.5
3- NI EFICAZ NI INEFICAZ	64	32.0	32.0	60.5
4- EFICAZ	78	39.0	39.0	99.5
5- MUY EFICAZ	1	.5	.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

VARIABLE ASEGURAMIENTO

P 12 ¿Usted está satisfecho con la actitud que el Centro de Salud Morelia desempeña en el servicio que le proporciona?

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INSATISFECHO	12	6.0	6.0	6.0
2- INSATISFECHO	45	22.5	22.5	28.5
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	47	23.5	23.5	52.0
4- SATISFECHO	86	43.0	43.0	95.0
5- MUY SATISFECHO	10	5.0	5.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 13 ¿Está usted satisfecho con la amabilidad y cordialidad que el Centro de Salud Morelia le brinda?

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INSATISFECHO	8	4.0	4.0	4.0
2- INSATISFECHO	41	20.5	20.5	24.5
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	51	25.5	25.5	50.0
4- SATISFECHO	100	50.0	50.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 14 ¿Le satisface el conocimiento que el Centro de Salud Morelia le ofrece?

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2- INSATISFECHO	48	24.0	24.0	24.0
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	44	22.0	22.0	46.0
4- SATISFECHO	107	53.5	53.5	99.5
5- MUY SATISFECHO	1	.5	.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 15 ¿Con que frecuencia considera que el Centro de Salud Morelia cumple con sus obligaciones?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- NUNCA	3	1.5	1.5	1.5
2- RARAMENTE	29	14.5	14.5	16.0
3- LA MITAD DEL TIEMPO	81	40.5	40.5	56.5
4- A MENUDO	73	36.5	36.5	93.0
5- SIEMPRE	14	7.0	7.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

VARIABLE EMPATIA DEL PERSONAL

P 16 ¿Qué grado de capacidad cree usted que tenga el Centro de Salud Morelia para captar las necesidades de sus usuarios?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- A MUY PEQUEÑO GRADO	5	2.5	2.5	2.5
2- A UN PEQUEÑO GRADO	23	11.5	11.5	14.0
3- ALGO	86	43.0	43.0	57.0
4- A BUEN GRADO	80	40.0	40.0	97.0
5- A MUY BUEN GRADO	6	3.0	3.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 17 ¿En qué grado evalúa usted la comprensión de su necesidad que el Centro de Salud Morelia le ha brindado?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- A MUY PEQUEÑO GRADO	5	2.5	2.5	2.5
2- A UN PEQUEÑO GRADO	31	15.5	15.5	18.0
3- ALGO	85	42.5	42.5	60.5
4- A BUEN GRADO	73	36.5	36.5	97.0
5- A MUY BUEN GRADO	6	3.0	3.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 18 ¿Le satisface la comunicación y la forma en que el personal del Centro de Salud Morelia le brinda las indicaciones?

Empatia Del Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY INSATISFECHO	4	2.0	2.0	2.0
2- INSATISFECHO	39	19.5	19.5	21.5
3- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	68	34.0	34.0	55.5
4- SATISFECHO	84	42.0	42.0	97.5
5- MUY SATISFECHO	5	2.5	2.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 19 ¿Cómo considera usted que es la comunicación que el personal del Centro de Salud Morelia le ofrece?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALO	4	2.0	2.0	2.0
2- MALO	20	10.0	10.0	12.0
3- NI BUENO NI MALO	79	39.5	39.5	51.5
4- BUENO	92	46.0	46.0	97.5
5- MUY BUENO	5	2.5	2.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 20 ¿Usted cree que los empleados del Centro de Salud Morelia son conscientes de los servicios que les ofrecen?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- NUNCA	2	1.0	1.0	1.0
2- RARAMENTE	40	20.0	20.0	21.0
3- LA MITAD DEL TIEMPO	64	32.0	32.0	53.0
4- RARAMENTE	78	39.0	39.0	92.0
5- SIEMPRE	16	8.0	8.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 21 ¿En cuanto a la inversión que hace el Centro de Salud Morelia para su mejora continua, considera que es de calidad?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALA	10	5.0	5.0	5.0
2- MALA	44	22.0	22.0	27.0
3- NI BUENA NI MALA	71	35.5	35.5	62.5
4- BUENA	65	32.5	32.5	95.0
5- MUY BUENA	10	5.0	5.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 22 ¿Considera usted que el conocimiento que los empleados del Centro de Salud Morelia tiene en cuanto al servicio prestado es adecuado?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALO	3	1.5	1.5	1.5
2- MALO	24	12.0	12.0	13.5
3- NI BUENO NI MALO	67	33.5	33.5	47.0
4- BUENO	99	49.5	49.5	96.5
5- MUY BUENO	7	3.5	3.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 23 ¿Considera usted que el Centro de Salud Morelia tiene certificación de Calidad?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- MUY MALO	5	2.5	2.5	2.5
2- MALO	41	20.5	20.5	23.0
3- NI BUENO NI MALO	66	33.0	33.0	56.0
4- BUENO	78	39.0	39.0	95.0
5- MUY BUENO	10	5.0	5.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

P 24 ¿En cuanto a los sistemas de calidad, usted considera que el Centro de Salud Morelia se beneficia al contar con dicho sistema?

Calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1- NUNCA	5	2.5	2.5	2.5
2- RARAMENTE	39	19.5	19.5	22.0
3- LA MITAD DEL TIEMPO	57	28.5	28.5	50.5
4- A MENUDO	65	32.5	32.5	83.0
5- SIEMPRE	34	17.0	17.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	MAESTRIA EN ADMINISTRACION	
Título del trabajo	LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL CENTRO DE SAUD DR. JUAN MANVEL GONZALEZ URVEA DE MORELIA MICHOACAN	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	MARISOL HERNANDEZ SANTIILLAN	cpmarisol.hdez@outlook.com
Director	MARCO ALBERTO VALENZO JIMENEZ	marco.valenzo@umich.mx
Codirector		
Coordinador del programa	MAURICIO AURELIO CHAGOLA FARIAS	maz.administracion@umich.mx

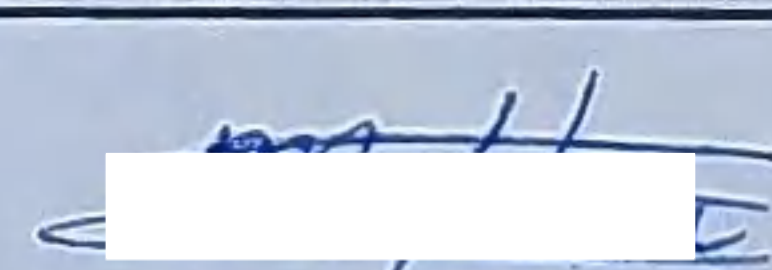
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	NO	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	NO	
Traducción a otra lengua	NO	
Revisión y corrección de estilo	NO	
Análisis de datos	SI	SPSS (PROGRAMA ESTADISTICO)
Búsqueda y organización de información	NO	
Formateo de las referencias bibliográficas	NO	
Generación de contenido multimedia	NO	
Otro	NO	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	MARISOL HERNANDEZ SANTILLAN 
Lugar y fecha	MORELIA, MICHOACAN A 29 DE OCTUBRE DE 2024

Marisol Hernández Santillán

LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD “DR. JUAN MANUEL GONZÁLEZ URUEÑA”...

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:399825940

Fecha de entrega

29 oct 2024, 1:20 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

29 oct 2024, 1:26 p.m. GMT-6

Nombre de archivo

LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD “DR. JUAN MANUEL GONZÁLEZ URUEÑA”...pdf

Tamaño de archivo

2.2 MB

160 Páginas




36,684 Palabras

195,169 Caracteres

65% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 65%  Fuentes de Internet
- 16%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión



Texto oculto

2729 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.