



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD EN EL
SERVICIO, EN HOSPITALES GUBERNAMENTALES.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N

**GÓMEZ CABRERA ALMA DELIA
TELLEZ DE LA CRUZ YAZMÍN**

DIRECTORA:

DRA. MA. DE CARMEN GERARDO PÉREZ

REVISOR:

MTRO. CARLOS ARTURO ROJAS ROSALES

ASESOR ESTADÍSTICO:

MTRO. RICARDO TRUJILLO CORREA

CIUDAD UNIVERSITARIA 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Alma Delia Gómez Cabrera agradece:

Mi familia:

Porque sin ellos no sería la mujer que hoy soy, por enseñarme que esforzándose se pueden lograr todos los objetivos planeados, gracias por permanecer juntos, por su cariño, comprensión y apoyo que pusieron en mí para poder culminar esto que desde niña soñé.

A mis padres:

Por enseñarme el amor incondicional y la persistencia, porque siempre me dieron apoyo y palabras de aliento durante mi vida escolar. Ustedes que han sido la base de todo mi esfuerzo, porque nunca dudaron de mí, quiero que sepan que el triunfo que hoy logro es también su triunfo. Gracias por todo. Los amo.

A mis hermanos:

Por darme la oportunidad de crecer juntos por enseñarme tantas cosas, ya que ustedes fueron mi guía para llegar hasta donde me encuentro. Los admiró y seguiré luchando para ser mejor día a día como ustedes me han enseñado. Gracias por este gran amor que nos une.

A mi novio David:

Gracias amor por ser parte de mi vida, por ayudarme durante mi carrera y vida universitaria, por darme el impulso necesario y por estar en este momento tan importante que es para mí, tu amor ha hecho esta meta más placentera. Te amo.

A mi compañera y amiga Yazmín:

Que sin dudarlo trabajamos juntas y juntamos esfuerzos y empeño para que este proyecto saliera adelante, por la oportunidad de conocerla y por la amistad que nos une.

A mis amigos:

Por el apoyo brindado, por habérmelos encontrado durante este camino. Por las excelentes personas que conocí en esta etapa y por todo los recuerdos que me dejan.

Al Mtro. Ricardo Trujillo Correa:

Gracias por sus enseñanzas y el aprendizaje que me deja, por las pláticas y los consejos. Por el tiempo compartido y la paciencia para la realización y culminación de este gran proyecto.

A la Dra. Ma. De Carmen Gerardo Pérez:

Por aceptar ser nuestra directora de tesis, el tiempo brindado, los conocimientos, la disposición y toda su experiencia para la realización de este proyecto.

Al Mtro. Carlos Arturo Rojas Rosales:

Por la ayuda brindada y por compartir sus conocimientos, las aportaciones de este trabajo y el tiempo dedicado.

A todos los que de alguna manera formaron parte importante en mi formación de estudiante, a los profesores que me transmitieron grandes conocimientos, a la Facultad de Psicología por haberme abierto las puertas y desde luego a la máxima casa de estudios UNAM por permitirme llamarla mi segunda casa, ahora puedo presumir que fui y seguiré siendo orgullosamente UNAM.

Yazmín Tellez de la Cruz agradece:

A mis padres:

Porque gracias a ellos estoy logrando una meta más, por llevarme en el camino correcto y guiar mis pasos. Por su apoyo incondicional, su paciencia, su constancia, por sus sacrificios y desvelos. Por ser ustedes el pilar en el cual me apoyo. Por estar cerca de mi compartiendo las experiencias más importantes de mi carrera. Porque siempre conté con su confianza. Por todo esto, quiero que sientan que el objetivo logrado, también es suyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo, fue su amor.

Con cariño y admiración; gracias por dejarme aprender de ustedes y con ustedes.

A mi hermano:

Por apoyarme y ayudarme siempre que lo necesite, por sus consejos, por acompañarme en mis tareas, y por preocuparse por mí.

A mi novio:

Por acompañarme en este tiempo, por su paciencia, y por alentarme a seguir adelante cada día, gracias por estar en mi vida y amarme.

A mi compañera y amiga Alma:

Por compartir este proyecto tan importante para las dos, porque formamos un gran equipo, a pesar de todo siempre encontramos la solución a los problemas, pero sobre todo por esta bonita amistad que siempre perdurará.

A mis amigos:

Que son parte muy importante de mi vida, que han estado aquí a pesar del tiempo y la distancia, a los que me han permitido ser parte de su vida y que a pesar de todo están conmigo siempre. Los quiero.

A mis profesores:

Al maestro Ricardo Trujillo, porque nos impulso para este gran proyecto, por sus aportaciones, enseñanzas y regaños, ya que gracias a eso logramos un buen trabajo y aprendimos mucho.

A la doctora Ma. Del Carmen Gerardo por sus consejos y conocimientos.

Al maestro Carlos Rojas, por el apoyo brindado para que este trabajo fuera cada vez mejor.

A todos los profesores que conocí a lo largo de esta gran carrera y sobre todo a esta máxima casa de estudios la UNAM.

¡GRACIAS!

ÍNDICE	
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Organizaciones	4
1.1 Definición de organización	5
1.2 Enfoques de las organizaciones	8
1.2.1 Enfoque Clásico	8
1.2.2 Enfoque Humanista	11
1.2.3 Enfoque Estructuralista	14
1.2.4 Enfoque de Katz y Kahn	15
1.3 Tipos de organización	16
1.4 Variables Organizacionales	20
1.5 Sector salud	22
1.5.1 Definición de hospital	23
1.5.2 Antecedentes generales de los hospitales gubernamentales	24
1.6 Organización estructural	27
1.7 Organización Funcional	29
Capítulo 2. Calidad en el servicio	31
2.1 Definición de calidad	31
2.2 Antecedentes históricos de calidad	34
2.3 Calidad en México	39
2.4 Servicio	42
2.4.1 Definición de servicio	42
2.4.2 Triangulo del servicio	43
2.4.3 Servicio interno	45
2.4.4 Características del servicio	47
2.4.5 Cultura del servicio	48
2.5 Calidad en el servicio	50
2.5.1 Definición de calidad en el servicio	50
2.5.2 Características de calidad en el servicio	52
2.6 Calidad en el servicio de la atención medica	55
2.7 Medición de la calidad en el servicio	62
2.8 Costos por mala calidad	63
2.9 Estudios sobre calidad en el servicio	66
Capítulo 3. Locus de control	70
3.1 Definición de locus de control	70
3.2 Antecedentes históricos de locus de control	72
3.3 Locus de control interno y externo	73
3.4 Medición de locus de control	75
3.5 Estudios sobre locus de control	76
Capítulo 4. Método	79
4.1 Justificación	79
4.2 Planteamiento del problema	79
4.3 Objetivo general	80
4.4 Hipótesis	80

4.5 Definición de variables clasificatorias	81
4.6 Definición conceptual	82
4.7 Definición operacional	82
4.8 Muestra	82
4.9 Muestreo	82
4.10 Tipo de estudio	83
4.11 Instrumentos	83
4.12 Procedimiento	86
4.13 Tratamiento Estadístico	87
Capítulo 5 Resultados	88
5.1 Estadística Descriptiva	88
5.2 Estadística Inferencial	98
5.2.1 Análisis de Varianza	101
Capítulo 6 Discusión y Conclusiones	106
Limitaciones y sugerencias	111
Referencias	112
Anexos	117

Resumen

El estudio de *Locus* de Control, tiene gran relevancia como factor predictivo variables actitudinales, afectivas y comportamentales iniciado por Rotter (1966) quien lo define como: La expectativa generalizada de la persona de percibir el reforzamiento como contingente de su propio comportamiento, o como resultado de fuerzas incontrolables. Un factor que puede tener relevancia con esta variable es la Calidad en el Servicio la cual es definida por Chávez (2010) como: el juicio global que realiza el consumidor sobre el desempeño percibido de actividades humanas que entrelazadas interactúan para satisfacer una necesidad de los clientes internos y externos. La presente investigación tuvo como objetivo general conocer la relación entre dichas variables. Este estudio se llevó a cabo con una muestra de 200 trabajadores de 2 Hospitales Gubernamentales del Distrito Federal, los instrumentos utilizados fueron: Escala de *Locus* de Control (La Rosa, 1986) y Calidad en el Servicio (MEDSERV, Chávez-Jiménez, 2010), la edad de los participantes estaba entre los 36 y 50 años de los cuales el 75.38% del sexo femenino, y 24.62% del sexo masculino. Se realizó una correlación de Pearson y análisis de Varianza, obteniendo que sí existe relación estadísticamente significativa entre las 2 variables estudiadas. Dichos resultados son importantes debido a que casi no existen estudios en México que relacionen estos 2 constructos.

Palabras clave: *Locus* de Control, Calidad en el Servicio, *Hospitales*.

Introducción

Las organizaciones actualmente están atravesando cambios drásticos en la última década, producidos entre otros, por la globalización de la economía, las privatizaciones de las empresas, las innovaciones tecnológicas, las mayores exigencias de los usuarios, etc. Estos cambios implican una competencia permanente entre ellas por la participación en los mercados sobre la calidad del servicio, esta es una variable estratégica, que aporta una ventaja competitiva a las empresas. Por otro lado la importancia del servicio está en que las empresas deben identificar las necesidades y deseos de los consumidores e integrarlos con sus objetivos permanentemente.

Es por eso que hoy en día la calidad se caracteriza por ser un elemento que debe estar inmerso en todas y cada una de las actividades en las que interviene el hombre, porque de estas fluyen y se desprenden aquellos recursos materiales y tecnológicos que actualmente se utilizan en todos los procesos de elaboración en cualquier ámbito laboral. Los múltiples beneficios que proporciona incorporar a la calidad en el servicio dentro de las organizaciones hacen que el tema se estudie profundamente desde varios ámbitos; ya que actualmente el enfoque de modelos está en la satisfacción del cliente, y más en los Hospitales en donde es de gran importancia prestar un servicio de calidad, a la hora de atender a los usuarios. Algunas empresas como resultado del acercamiento hacia el cliente, han creado secciones de servicio al cliente, con el objetivo de atender sus quejas y trabajar por el mejoramiento de la satisfacción de los usuarios.

Dentro del proceso de competitividad que viven las organizaciones, se puede identificar segmentos con base en las percepciones como el estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea, la educación que recibió en el hogar considerando la forma de ver la vida (dinero, trabajo, valores, religión, etc.), la formación académica, también guía la forma de ver o sentir las cosas o situaciones, la autoestima, y el *locus* de control; que los clientes tengan sobre la calidad de los servicios, y de igual manera la percepción que tengan los trabajadores al ofrecer su servicio.

Por este lado podemos decir que *locus* de control es un tópico ampliamente utilizado en la mayoría de los ámbitos de la Psicología; por un lado las personas se esfuerzan por ejercer cierto grado de control sobre los hechos que ocurren en su vida diaria; consiguiendo así realizar sus objetivos, del lado contrario la sensación de no controlar un evento genera frecuentemente un estado de paralización que inhabilita a las personas para alcanzar las metas propuestas. Se ha comprobado que cuando un individuo siente que no puede hacer nada para modificar algún aspecto importante de su medio o predecir un acontecimiento futuro, pierde el deseo y la voluntad de cambiar otros aspectos del ambiente que son factibles de cambio. Esto lleva a una ejecución poco efectiva tanto a nivel cognitivo como conductual y a la aparición de signos como indefensión y desesperanza (Boggiano 1998; Regehr, Cadell & Jansen 1999; Hynes, 1998, citado en Oros, 2005, p. 90).

La conceptualización original de *locus* de control, parte de los estudios desarrollados en el marco de la teoría del aprendizaje social por Rotter en 1966, quien expresó que los individuos que poseen un *locus* de control interno, perciben que el resultado de su conducta, depende de sus acciones; mientras aquellos con *locus* de control externo, perciben que el resultado de sus acciones depende de factores externos.

Posteriormente, Levenson (1974, en Medina, 2006) indicó que el *locus* de control externo depende de la suerte, el destino y de otras personas o grupos poderosos. Dependiendo del *locus* de control de un individuo es probable que la evaluación de la calidad y las reacciones relativas a los servicios también varíen. Es necesario resaltar que el *locus* de control ha sido suficientemente estudiado por la psicología, pero ha sido poco estudiado en el campo del comportamiento de los ámbitos laborales.

De esta manera esta tesis, se desarrolla como un trabajo de investigación, ya que se pretende observar la relación entre calidad en el servicio y *locus* de control, así como mostrar la utilidad de dichos constructos.

En primera instancia se presenta teóricamente el tema de las organizaciones, algunas definiciones, las implicaciones en el ámbito empresarial, sus características, así como también en papel que juegan las organizaciones gubernamentales en nuestra sociedad. De igual forma se presentan los diferentes enfoques que hablan sobre este tema.

En el capítulo dos nos enfocamos a los antecedentes de calidad, así como también algunas definiciones destacadas de autores representativos que estudian esta área, asimismo presentamos las diferentes conceptualizaciones que se le da al servicio tanto externo como interno, identificando cuáles son sus características, para que de esta forma finalmente se llegue a la calidad en el servicio, que igualmente se presentan definiciones y los puntos que la distinguen para que una empresa tenga éxito o fracaso, además se muestran algunos estudios relacionados con la calidad en el servicio.

Posteriormente en el capítulo tres se presenta la variable de *locus* de control, su historia, como ha ido evolucionando hasta este momento, así como las teorías que se encuentran entorno a este constructo, y como se ha logrado medir el *locus* de control, al mismo tiempo se exponen algunos estudios relacionados con algunas variables.

Finalmente al concluir el marco teórico, se desarrolla la metodología que se utilizó en esta investigación; para lograr los resultados que se obtuvieron, el tipo de estudio que se trata, las variables que se manejaron, el problema de investigación, los instrumentos utilizados, las sugerencias y las limitaciones.

Capítulo 1. Organizaciones

La vida de las personas conforma una infinidad de interacciones, no solo entre ellos mismos sino también con las organizaciones¹.

Las organizaciones surgen de las limitaciones individuales del ser humano, una persona es incapaz de satisfacer todas sus necesidades y deseos por sí misma, sólo cuando varias personas coordinan sus esfuerzos consiguen más logros que en forma aislada, así superan sus carencias individuales y obtienen mejores resultados (Rodríguez, 2004).

Es probable que el ser humano siempre haya vivido en grupos organizados, por ser especialmente social e interactivo, no vive aislado, sino en continua relación con sus semejantes, esto lo llevó a realizar tareas como cazar, recoger comida, protegerse e ir de un lugar a otro, todas estas actividades se podían llevar a cabo con forma más eficiente y eficaz si se hacía en grupos. Las tareas complicadas se podía dividir entre varias personas, y aquellas que tenían conocimientos más especializados u otros atributos trabajaban en las áreas que más encajaban de acuerdo a las necesidades del grupo.

En la actualidad, las organizaciones conforman buena parte de nuestro mundo, si tenemos un accidente y vamos a un hospital, nuestra salud está dependiendo de una organización. Cuando vamos a trabajar estamos participando en una organización. Además, la amplia mayoría de los procesos grupales van a desarrollarse en el marco de referencia de una organización. En gran medida las organizaciones están mediadas e influenciadas por los procesos de socialización e interacción social (Guillén, 2000).

De esta manera, las organizaciones actuales son quizá, en cualquiera de sus variedades y formas, uno de los fenómenos más importantes de nuestra época de tal manera que el resto de los fenómenos, ya sean sociales, psicológicos, políticos, religiosos o económicos están enmarcados en algún tipo de organización de modo que la sociedad actual es un producto de ellas, la vida de las personas conforma una infinidad de interacciones con otras personas y con las organizaciones.

Existen organizaciones manufactureras, económicas, comerciales, religiosas, militares, educativas, sociales, políticas, etc., todas ellas influyen en la vida de los individuos, y son parte integral del medio donde el hombre trabaja, se crea, estudia, compra, satisface sus necesidades, etc. La influencia de las organizaciones en la vida de los individuos es fundamental: la manera como las personas viven, se visten, se alimentan, sus expectativas, sus convicciones y sus sistemas de valores experimentan una enorme influencia de estas instituciones, que a su vez son influenciadas por el modo de pensar y sentir de sus miembros (Chiavenato, 2000).

Las organizaciones pueden verse o no como sistemas racionales creados y constituidos para lograr unas determinadas metas o como sistemas naturales

¹ Se tomarán como sinónimos los términos de empresa, institución y organización.

que luchan por sobrevivir en un contexto de gran incertidumbre. Además podemos concebirlas como sistemas cerrados, autosuficientes, y relativamente aislados o como sistemas abiertos, constituidos, influidos y penetrados por el entorno.

La proliferación de las organizaciones no solo ha contribuido a la coordinación, diferenciación y especialización de las tareas, sino que también ha desempeñado un papel importante en cuanto a su capacidad para simbolizar procedimientos y proporcionar estructuras de pensamiento para explicar la realidad.

Debemos pensar que las organizaciones no sólo son contextos en los que se desarrollan actividades coordinadas, sino que son ellas mismas actores colectivos con reconocimiento legal, constituidas por sus propietarios, empleados, proveedores y clientes que, desde diferentes plataformas de intereses y expectativas tratan de lograr unas metas específicas, siendo conscientes de que en la actualidad operan en un entorno bastante racionado y dinámico, por lo que se debe dotar de estructuras ágiles y procedimientos de negociación efectivos que les permitan afrontar los rápidos cambios de un modo eficaz y satisfactorio para distintos actores que participan en su desarrollo (Rodríguez, 2004).

Las organizaciones están compuestas de personas, y una tarea importante es atraer a la organización a los empleados o miembros dispuestos a intercambiar sus contribuciones por sueldos u otras recompensas, además se consideran las organizaciones como tipos distintivos de contexto social que influyen en el comportamiento, las actitudes y el sistema de valores de sus participantes, ya sean considerados como individuos, como grupos o como equipos de trabajo, pues son entrenados y socializados de forma bastante estricta para adaptarse a las requerimientos exigidos por la organización, basados en el control.

Las organizaciones son, por tanto, uno de los fenómenos que mayor influencia han ejercido en la configuración del mundo contemporáneo, en los comportamientos individuales y colectivos, así como los estilos de vida de la sociedad actual, ya que estas son formaciones sociales complejas y plurales con múltiples aspectos y pueden por tanto, ser estudiadas desde muchas perspectivas. Incluso algunos autores han sugerido que el concepto de organización está cambiando, ya que la forma de concebirlas debe adecuarse a cada época.

1.1 Definición de organización

A través del tiempo, diferentes autores han tratado de definir el concepto de organización, sin embargo se introducirán las que se consideran transcendentales ya que retoman las características principales que deben de tener las organizaciones y las funciones sociales que cubren.

Porter, Lawler y Hackman (1975) proponen que las organizaciones están constituidas por individuos y grupos, dirigidos hacia objetivos racionalmente

coordinados y con pertenencia en el tiempo, en los que se utilizan elementos de producción, se adoptan decisiones y asumen riesgos con el fin de producir bienes y/o servicios y obtener beneficios (Rodríguez, 2001).

Asimismo proponen que para definir el concepto de organización, éstas deben de cubrir con ciertas características como una composición de individuos y grupos interrelacionados, una orientación hacia objetivos y metas específicas, así como la diferenciación de funciones por medio de la división del trabajo, una coordinación racional intencionada y una continuidad a lo largo del tiempo.

Por otro lado, Katz y Kahn (1978, en Guillén, 2000), consideran que la teoría general de sistemas caracteriza a las organizaciones como sistemas abiertos de carácter social. Éstas son formaciones sociales complejas y plurales; y consisten en actividades pautadas de cierto número de individuos. Además estas actividades son complementarias e interdependientes con respecto a algún resultado común; se repite de forma relativamente constante y está limitada en el espacio y en el tiempo.

A su vez Baraño en 1980, se orienta más a la jerarquización en las organizaciones, pues describe a la organización como un complejo de relaciones jerárquicas que se mantienen a través de la autoridad y de las redes de comunicación a partir de las relaciones sociales de sus miembros, ya que sin una identificación jerárquica dentro de una organización, la comunicación se torna deficiente lo que a su vez genera confusión al momento de establecer objetivos para los empleados (Flores & Rosas 2009).

Smith (1995) (en Palac, 2008), ha sugerido que un rasgo característico de las organizaciones es la conciencia de sus miembros de que forman parte de la misma; señala este autor que no podemos, desde el punto de vista psicológico, atribuir efectos a la vida organizacional sin estar seguro que la organización es real (para sus miembros).

En el mismo tenor, Chiavenato (2000), concibe a la organización como un sistema de actividades conscientemente coordinadas, formadas por dos o más personas, cuya cooperación recíproca es esencial para la existencia de aquélla. Una organización sólo existe cuando:

- 1) Hay personas capaces de comunicarse,
- 2) están dispuestas a actuar conjuntamente, y
- 3) desean obtener un objetivo común.

Una organización por lo tanto necesita tener dos o más personas que trabajan en colaboración y en conjunto dentro de límites identificables para alcanzar una meta u objetivo común (Hodge, 2005).

En el 2005, Daft propone que las organizaciones son: entidades sociales, dirigidas a metas, diseñadas con una estructura deliberada y con sistema de actividades coordinadas y vinculadas en el ambiente externo por lo tanto, una organización vive cuando la gente interactúa para desempeñar funciones esenciales que le ayude a alcanzar metas, no podría existir una organización si

no interactúa con el mundo externo, por ejemplo; clientes, proveedores y competidores (Daft, 2005).

De forma similar, Muchinsky (2007), define el concepto de organización diciendo que es un grupo coordinado de personas que desempeñan tareas para producir bienes o servicios y plantea que son colectividades de partes que no pueden lograr sus metas en forma tan efectiva si operan por separado, por su parte propone cuatro componentes básicos en cualquier organización:

- 1) *Un sistema de actividades diferenciadas*: todas las organizaciones están compuestas por las actividades y funciones que se desarrollan en ellas y las cuales se relacionan entre sí.
- 2) *Personas*: aunque las organizaciones están compuestas por actividades y funciones, las personas desempeñan las tareas y ejercen autoridad.
- 3) *Cooperación hacia una meta*: debe de existir una cooperación entre las personas que desempeñan diversas actividades para lograr una unidad de propósito en la búsqueda de metas comunes.
- 4) *Autoridad*: la autoridad se establece a través de relaciones superior-subordinado y dicha autoridad es necesaria para asegurar la cooperación entre personas que persiguen sus metas.

Entonces una organización se compone del medio ambiente interno en la cual una persona desarrolla sus actividades, establece las conductas que son posibles y da un sentido de realidad social. El éxito o fracaso de la empresa, la productividad, y la calidad de las actividades dependen de los individuos que la conforman. La organización así entendida, influye en la motivación y eficacia de las personas que la componen (Varo, 2003).

Tomando en cuenta lo citado por los autores se podría decir concretamente que las organizaciones están compuestas por individuos y grupos, los cuales tiene objetivos individuales pero que a su vez persiguen ciertos fines y objetivos en común que son dados por la organización la cual está dotada de una jerarquía de autoridad y responsabilidad, en el que sus miembros desarrollan funciones diferenciadas, que requieren de una coordinación racional e intencionada y que interactúan con el medio externo.

Anteriormente se ha mencionado que las organizaciones están formadas por grupos definidos, sin embargo existen los llamados grupos informales, estos se forman tomando en cuenta las semejanzas que existen entre las personas y los intereses que comparten, estimulando un grupo con mayor cohesión. Así las organizaciones poseen ciertas características que las distinguen de otras instituciones y otros grupos:

- ▣ Son grupos especializados, con una estructura racionalmente diseñada y coordinados para específicas actividades.
- ▣ Con metas definidas
- ▣ Al frente se sitúa una autoridad
- ▣ Son sistemas abiertos que sostienen intercambios con el entorno, del cual reciben determinados recursos y al cual ofrecen sus productos (influyen en el medio y son influidos por el). (Aguirre, 1999)

Entonces, se puede decir concretamente que los individuos buscan la interacción con otras personas, ya que no son seres aislados, esto les ayuda para generar nuevos pensamientos e ideas y todo este proceso conforma lo que son las organizaciones, es un conjunto en que la unión de estos dos elementos, crea y obtiene mejores resultados. (Ver Fig. 1)

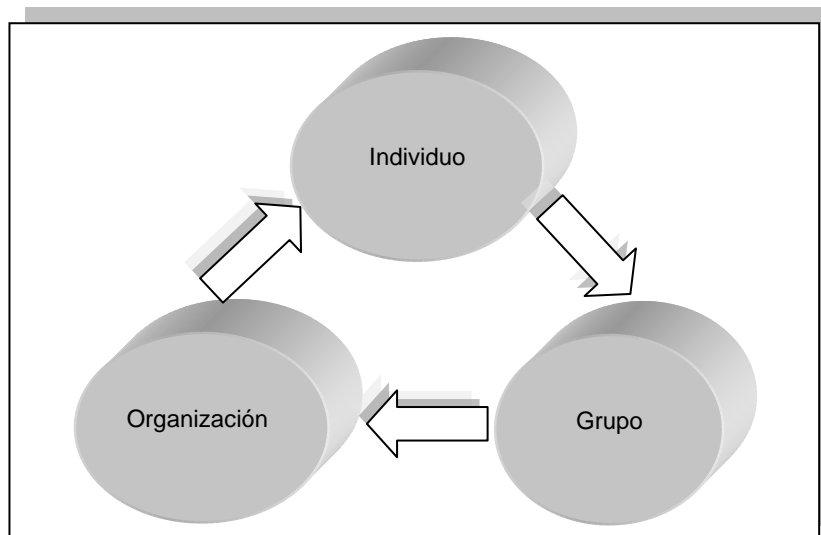


Fig. 1: (Aguirre, 1999).

Figura 1: Proceso en donde el individuo se une con personas para formar grupos que al estar unificados generan una organización con un objetivo en común.

El concepto de organización ha evolucionado a través del tiempo, muchos autores han puesto énfasis en diferentes características, pero la mayoría de ellos están de acuerdo en definirla como un conjunto de personas que trabajan para alcanzar un objetivo específico. En consecuencia, existen también diferentes enfoques que hablan de la organización desde su perspectiva, tomando en cuenta, algunos elementos que para ellos fueron determinantes en ese tiempo.

1.2 Enfoques de las organizaciones

1.2.1 Enfoque Clásico

Este enfoque es llamado clásico o tradicional pues cuyos postulados dominaron aproximadamente las cuatro primeras décadas del siglo XX el panorama administrativo de las organizaciones. Este enfoque clásico de la administración tiene sus orígenes generados por la revolución industrial, podría resumirse en dos hechos genéricos: el primero de ellos es el crecimiento acelerado y desorganizado de las empresas, y el segundo la necesidad de aumentar la eficiencia y competencia de las organizaciones.

Frederick W. Taylor, ingeniero industrial estadounidense, nació en Filadelfia en 1856, fue el primero que comenzó el movimiento de la administración científica

que recibió su impulso inicial en la última parte del siglo XIX y la primera parte del siglo XX.

Se ha calificado a Taylor como “padre del movimiento científico”, por haber investigado en forma sistemática el trabajo humano y haber aplicado el estudio de las operaciones fabriles, sobre todo en el área de producción, el método científico. El estudio de dichas operaciones lo realizó a través de la observación de los métodos utilizados por los operarios; de sus observaciones desprendió hipótesis para desarrollar mejores procedimientos y formas para trabajar (Hernández & Rodríguez, 2001).

El tema principal de este enfoque, es que el trabajo y sobre todo el de los obreros, se podía estudiar científicamente. Este autor creía que el análisis objetivo de datos recogidos en los talleres daría una base para determinar “la manera óptima” de organizar el trabajo.

Taylor creía que a los trabajadores se les motivaba principalmente con el dinero y que si no eran muy especializados y tenía trabajos simples, y poco definidos, serían más capaces de perseguir una recompensa monetaria (Hodge, 2005).

Es así como se llega al estudio de tiempos y movimientos, el cual consiste en analizar escrupulosamente el tiempo que toma o debería tomar un trabajador para efectuar un proceso de trabajo dado.

Taylor dividió cada tarea, trabajo y proceso en sus elementos más importantes. Con la ayuda de un reloj cronómetro, obtuvo métodos ideales del trabajo, basados en el perfeccionamiento de los mejores elementos de los procesos de los distintos obreros. Buscaba suprimir movimientos equivocados lentos e inútiles (Hernández & Rodríguez, 2001).

Una consecuencia del estudio de tiempos y movimientos fue la división del trabajo y la especialización del operario con el fin de elevar su productividad. Al verificar que el trabajo puede ser mejor ejecutado y de manera más económica mediante la subdivisión de las tareas, se llegó a la conclusión de que el trabajo de cada persona debería, en la medida que fuera posible, limitarse a la ejecución de una única y simple tarea predominante. Con esto cada operario pasó a ser especializado en la ejecución de una única tarea o de tareas simples y elementales, para ajustarse a los patrones descritos y a las normas de desempeño establecidas por el método (Chiavenato, 2006).

Así mismo, Taylor desarrolló un conjunto de principios de dirección de operaciones (Hernández & Rodríguez, 2001):

<i>Selección científica y preparación del operario:</i>	Asignación de tarea elevada según aptitudes.
<i>Establecimiento de las cuotas de producción:</i>	Se debe de producir cierto volumen arriba de la cuota establecida.
<i>Proporcionar incentivos salariales</i>	A mayor cuota, mayor remuneración
<i>Planificación centralizada</i>	Dejar el trabajo operativo a los trabajadores y planificación a la dirección.
<i>Integración del obrero al proceso:</i>	Tomar en cuenta la visión del operario en cuestiones de producción.
<i>Supervisión línea- funcional de la producción:</i>	La supervisión debe dividirse por áreas y ejecutadas por encargados del puesto.
<i>Principio de control:</i>	Controlar el trabajo de acuerdo a las normas establecidas.
<i>Principio de excepción:</i>	Atender los problemas solo cuando se desvíen de lo planeado.

Taylor dio importancia al análisis del puesto con el sistema de medición de los tiempos y movimientos, y a la selección de personal que daba énfasis en el operario. Mientras que Henry Fayol, que es otro teórico de la organización, se preocupó por poner énfasis en la estructura de la organización.

Henry Fayol, nació en Francia y fue ingeniero en minas, fundador de la teoría clásica y perteneciente a la corriente de los anatomistas (estructura) y fisiologistas (funcionamiento) de la organización, cuya preocupación básica es aumentar la eficiencia de la empresa, a través de la forma y disposición de los órganos componentes de la organización y de sus interrelaciones estructurales (Flores y Rosas, 2009).

Esta corriente desarrolla un enfoque inverso al de la Administración Científica, pues se desarrolla de la dirección hacia la ejecución y de la organización en sus partes componentes, es decir, departamentos.

Este teórico definió la administración en función de cinco elementos básicos: planeación, organización, ejecución, coordinación y control, que constituyen el llamado proceso administrativo y que se pueden localizar en cualquier trabajo de administrador, nivel o área de actividad de la empresa (Chiavenato, 2006).

Al mismo tiempo, parte de la idea de que la preposición de toda empresa puede ser dividida en seis grupos, que son áreas funcionales de las organizaciones tales como las técnicas, comerciales, financieras, seguridad, contables y administrativas (Hernández y Rodríguez, 2001).

Su objetivo principal era proponer una lista de principios que había encontrado útiles durante sus años de gerente. La administración consistía en elegir el principio apropiado para cada situación.

Esta creencia lo llevó a concebir la idea de que existen 14 principios de la administración: (Robbins, 2005)

1.División del trabajo	8.Centralización Jerarquía o cadena escalar
2.Autoridad y responsabilidad	9.Jerarquía
3.Disciplina	10.Orden
4.Unidad de mando	11.Equidad
5.Unidad de dirección	12.Estabilidad de personal
6.Subordinación del interés individual al general	13.Iniciativa
7.Remuneración del personal	14.Espíritu de equipo

Estos catorce principios que Fayol establece, describe los fundamentos básicos de esta escuela, sin embargo, se debe destacar que no son absolutos ni rígidos, si no que son flexibles y capaces de adaptarse a las diferentes necesidades; es cuestión de saber elegir un principio apropiado a cada situación.

1.2.2 Enfoque Humanista

Con el enfoque humanístico, los principios de administración aplicables a los aspectos organizacionales ceden prioridad a la preocupación por el hombre y su grupo social: de los aspectos técnicos y formales para los aspectos psicológicos y sociológicos.

Este enfoque surge a partir de la Teoría de las Relaciones Humanas en Estados Unidos, con el auge de las ciencias sociales, especialmente de la Psicología, y en particular de la Psicología del Trabajo. Fue un período difícil gracias a la recesión económica, inflación, elevado desempleo y fuerte actividad sindical (Chiavenato, 2006).

El pensamiento de las relaciones humanas considera que el verdadero control eficaz proviene desde el interior del trabajador individual y no de la implantación de un control autoritario y estricto (Daft, 2006). Es decir, trata de añadir una dimensión un poco humana a la orientación de la administración. Los representantes más sobresalientes son: Elton Mayo, Abraham Maslow y Douglas McGregor.

Los trabajos más destacados fueron los estudios realizados en la planta de Western Electric ubicada en Hawthorne que comenzaron en el año de 1924 y concluyeron en 1932, pero no fue hasta 1928 cuando contrataron a Elton Mayo para que se hiciera cargo de la investigación.

Para realizar un análisis sistemático de los factores que afectaban el desempeño en el trabajo, se decidió aislar a un grupo pequeño de trabajadores separándolos de la fuerza laboral regular, se les puso bajo observación

minuciosa y a los cuales se les cambiaron diferentes variables como los descansos, las jornadas laborales, se les hacia entrega de almuerzos gratuitos, con todo esto, se pudo observar que se produjo un aumento en la productividad.

Con esto, Mayo manifestó que las condiciones de trabajo apropiadas producen satisfacción al empleado, lo que conduce a un incremento en la productividad de la organización, pudo concluir también que el trabajador es un ente social, los cuales desean sentirse importantes, útiles, con un sentido de pertenencia y al mismo tiempo que se les reconozca como individuos.

En 1943 Abraham Maslow publicó su teoría sobre la motivación humana, en la cual sostiene que las necesidades son el motor del hombre (Hernández & Rodríguez 2001).

Este autor habla acerca de las necesidades primarias y secundarias que tiene las personas, las cuales las primarias comprenden de las necesidades básicas que son las de seguridad y las fisiológicas, que deben de ser satisfechas primero, para posteriormente cubrir las necesidades secundarias que son las que implican la autorrealización, y es aquí donde entra el trabajo, este puede causar satisfacción y autoestima si es el trabajo que se quiso o deseó, pero todo esto es solo una parte, ya que la autorrealización implica muchos aspectos, según edades y diferencias individuales. Las organizaciones o empresas que buscan mantener un nivel de satisfacción para sus empleados podrán brindar satisfacciones personales, económicas y sociales a sus trabajadores.

Con base en su teoría, jerarquizó dichas necesidades en este orden de importancia:

1. *La primera causa o motivo por la que un hombre actúa son las exigencias psicológicas* que responden a las que llamó *necesidades básicas*, es decir, relacionadas con la conservación de la vida, como comer, dormir, sexo, etc.
2. Afirma que una vez que el hombre ha satisfecho dichas necesidades, tiene *necesidades de seguridad* para cubrir contingencias futuras de los que dependen de él.
3. En tercer lugar el hombre requiere de relaciones sociales (amor de y para los demás). Aquí coloca las necesidades sociales o de estima.
4. En cuarto lugar el ser humano requiere de amor propio, tener una buena imagen de sí, es decir, aceptarse a sí mismo; a ésta la denominó *necesidad de autoestima*.
5. Por último, el hombre requiere trascender en su vida, es decir, tiene *necesidades de autorrealización*. (ver Fig. 2)

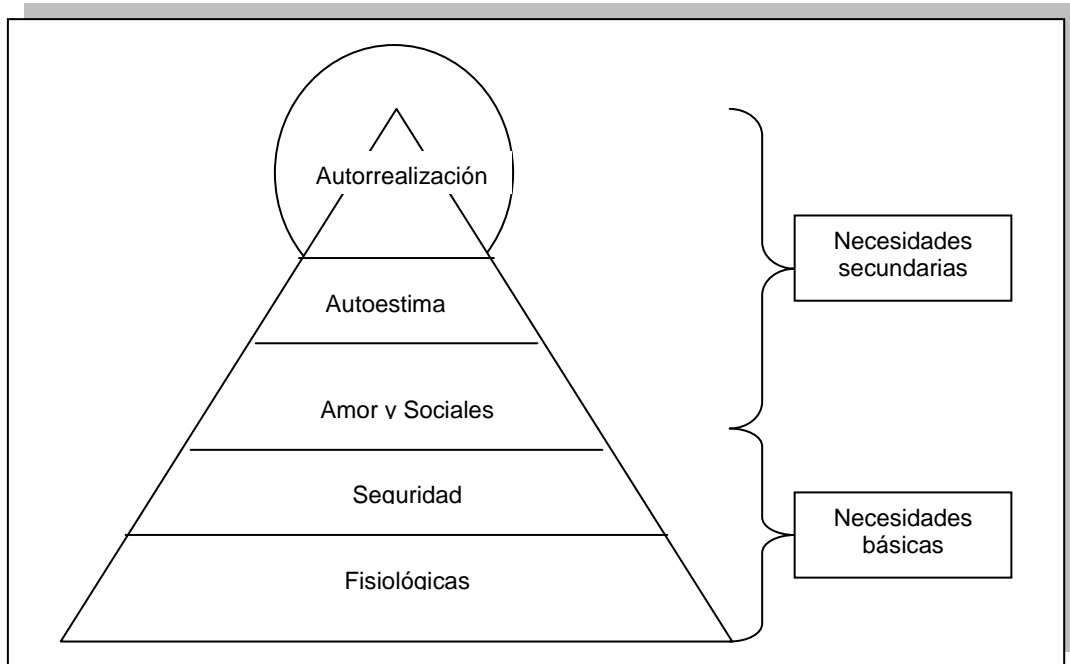


Fig.2: Pirámide de Maslow. (Hernández & Rodríguez, 2001)

Por otro lado, Douglas McGregor, de origen también estadounidense y con formación profesional como psicólogo industrial, fue otro autor que se preocupó por la cuestión humana de los trabajadores.

La más importante contribución de este autor al pensamiento administrativo son las filosofías de dirección, que confirman la tesis de que algunas de las variables para lograr resultados en las organizaciones son los valores culturales de los que ejercen el mando y la supervisión o la dirección de los subordinados (Hernández & Rodríguez, 2001).

Con base en esto, formuló su Teoría "X" y su Teoría "Y", consideraba que la perspectiva clásica se basaba en los supuestos de la teoría "X", la cual sostiene que los trabajadores carecen de ambición, les desagrada la responsabilidad, prefieren que los dirijan y controlen.

Esta teoría sostiene que:

1. El hombre medio es indolente por naturaleza.
2. Carece de ambición, le desagrada la responsabilidad, prefiere que lo dirijan.
3. Es intrínsecamente egocéntrico, indiferente a las necesidades organizativas.
4. Por naturaleza reacio al cambio.
5. Es crédulo, no muy vivo, presa fácil del charlatán y del demagogo.

Por otro lado, el argumento de la Teoría "Y" es que las organizaciones pueden tomar ventaja de la imaginación e intelecto de todos sus empleados y que podrán ejercer autocontrol, sus supuestos son (Daft, 2006):

1. El ser humano tiene iniciativa y es responsable.

2. Desea cooperar y logra objetivos que considera valiosos.
3. Es capaz de autocontrolarse y autodirigirse.
4. Actualmente aprovecha parte de sus capacidades y está limitado por sus sistemas vigentes.

Este autor basa sus supuestos en la teoría de Max Weber de los valores y acciones, en la cual afirma que los valores del supervisor con respecto a la naturaleza del comportamiento humano determinan los procesos de ejercer el mando así como también determinar sus acciones, tomar decisiones y motivar, por otro lado también retoma un poco de la autorrealización a la que se refiere Maslow en su teoría.

1.2.3 Enfoque estructuralista

A partir de la década de los 40, las críticas hechas tanto a la teoría clásica, como a la teoría de las relaciones humanas, revelaron la falta de una teoría de las organizaciones sólida y amplia que sirva para el trabajo del administrador (Hernández & Rodríguez, 2001).

El creador del modelo estructuralista fue Max Weber, economista y sociólogo nacido en 1864, este autor desarrollo la sociología de la burocracia, en donde surge la teoría de la burocracia.

Según Chiavenato (2000) el primer teórico que habló de las organizaciones fue Max Weber. Weber estudió las organizaciones desde un punto de vista estructuralista, su preocupación fue fundamentalmente por su *racionalidad*, es decir, por la relación entre los medios y los recursos utilizados y los objetivos a ser alcanzados por las organizaciones burocráticas, es decir le dio un énfasis en la estructura, en las personas y en el ambiente.

La burocracia es una forma de organización humana que se basa en la racionalidad, esto es, en la adecuación de los medios a los objetivos (fines) pretendidos, con el fin de garantizar la máxima eficiencia posible en la búsqueda de esos objetivos (Chiavenato, 2000).

Weber pretendía demostrar que la organización burocrática es una solución racional a los complejos problemas que se presentan en las organizaciones modernas. Para demostrarlo, desarrolla su teoría, basada en un proceso de abstracción, a partir de una gran masa de materiales históricos de entre los que selecciona y configura los componentes del modelo (Rodríguez, 2001).

El componente básico de esta construcción teórica es la tipología de las formas de autoridad o de dominación, en una organización, las cuales las clasifica en tres: legal, carismática y tradicional.

La primera se refiere a que los subordinados aceptan las órdenes de los superiores como justificadas, porque están de acuerdo con un conjunto de preceptos o normas que consideran legítimos y de los cuales deriva el mando. La segunda ocurre cuando los subordinados aceptan las órdenes del superior

como justificadas, a causa de la influencia de la personalidad y del liderazgo del superior con el cual se identifican.

Y la última pasa cuando los subordinados aceptan las órdenes de los superiores como justificadas, porque esa siempre fue la manera como se hicieron las cosas (Chiavenato, 2006).

Tomando en cuenta lo antes dicho, Weber percibe a la burocracia como una organización eficiente por excelencia y que para conseguir esa eficiencia, la burocracia necesita detallar anticipadamente y con mínimos detalles cómo las cosas se deberían de hacer, es por esa razón que desarrolla entonces un modelo burocrático con características principales:

- 1) División del trabajo para lograr especialización.
- 2) Estructura jerárquica de autoridad, con áreas bien definidas de competencia y responsabilidad.
- 3) Establecimiento de reglas o políticas que indiquen la dirección.
- 4) Administración imparcial.
- 5) El empleo debe de ser una "carrera" que permita el ascenso jerárquico, sin despidos arbitrarios.
- 6) Diferencia clara de las fuentes de ingresos para evitar corrupción (Rodríguez & Fernández, 2001).

El modelo de organización burocrática supone, con respecto a los modelos tradicionales, una mayor precisión, rapidez, continuidad, impersonalización, consenso y predicción, haciendo ver a la organización como unidad compleja que forma parte de la sociedad.

1.2.4 Enfoque de Katz y Kahn

A partir de los años 60 se aplicó la aproximación de sistemas, Katz y Kahn (1966) contribuyeron a la ubicación de las organizaciones dentro de la teoría general de sistemas.

Un sistema, es un conjunto de unidades o elementos que interaccionan entre sí y realizan alguna actividad en común. La aplicación a las organizaciones de los principios de la Teoría General de Sistemas, supone que:

- 1) Las organizaciones, necesitan importar energía de distintas fuentes de entorno.
- 2) Igual que los sistemas abiertos se transforma la energía disponible, las organizaciones hacen una reorganización de los insumos creando nuevos productos, entrenando personas y procesando materiales.
- 3) De igual modo que los sistemas vivos entregan algún producto al entorno, las organizaciones aportan ideas, productos, materiales, etc.

4) Los productos que se entregan al ambiente influyen en la disponibilidad de recursos para reiniciar el ciclo de actividad (Palac, 2008).

Posteriormente compararon las posibilidades de la aplicación de las principales corrientes sociológicas y psicológicas en el análisis organizacional y proponen que la teoría de las organizaciones se libere de las restricciones y limitaciones en los enfoques anteriores y utilice la teoría general de los sistemas.

El mérito principal del modelo de sistemas es que pone de manifiesto la unión entre los cambios, entre las relaciones, entre los individuos y la organización, y entre la organización y su medio ambiente, y además el criterio de eficacia debe considerarse simultáneamente (Palac, 2008, p.21).

Como clases especiales de sistemas abiertos, las organizaciones tienen propiedades que le son peculiares, pero comparten otras propiedades en común con todos los sistemas abiertos. Los sistemas abiertos no se consideran en reposo, sino que tienden a la elaboración y a la diferenciación, debido a la dinámica de sus sistemas como a la relación entre crecimiento y supervivencia (Chiavenato, 2000).

1.3 Tipos de organizaciones

Dentro de la sociedad actual existe un número grande de organizaciones, cada una posee características con las que nos llevan a diferenciarlas de diversas maneras.

Para empezar Richard Hall (en Pariente, 2001) sugiere cuatro factores importantes que deben revisarse para poder hablar de tipología organizacional, este autor propone que se debe analizar: la tecnología, el entorno, las estructuras y los procesos o resultados, lo que la organización produce al final, ya sea productos o servicios.

Por otro lado para Colín Clark (1940, en Mercado, 2000) las organizaciones se pueden clasificar de la siguiente manera:

- ✓ **Industrias primarias:** agricultura, silvicultura, pesca y ganadera.
- ✓ **Industrias secundarias:** minería, construcción y manufacturera.
- ✓ **Industrias terciarias:** comercio, transportes y servicios en general.

De la misma forma Clark dice, que si se clasifica a las organizaciones de acuerdo con el tipo de producto y consumos respectivos, se tendría la siguiente clasificación:

- **Empresas de bienes de consumo:** alimenticias y vestido
- **Empresas de bienes de consumo duradero:** por ejemplo; empresas automotrices.

- **Empresas de bienes de producción:** proveen maquinaria a las industrias de consumo.
- **Empresas de servicios personales:** consultorías y centros de investigación.
- **Empresas de servicios públicos y privados:** bancos, transportes, industria eléctrica y del petróleo.

También Katz y Kahn (Pariente, 2001) hacen una clasificación de acuerdo a las metas o funciones de la organización, que son:

- ✓ De mantenimiento: están las escuelas, o las iglesias
- ✓ De producción
- ✓ De adaptación
- ✓ Las administrativas: organizaciones pertenecientes al gobierno.

Cualquiera que sea el tipo o clasificación de cada empresa, es importante tomar en cuenta tanto los objetivos de ésta, como los de la sociedad para los que esta creada la organización.

Grados (2003) realiza una clasificación de los tipos de organizaciones:

Sector privado

Las empresas que constituyen la iniciativa privada están regidas por una asamblea de accionistas como máxima autoridad, aunque ésta es en sí una instancia administrativa que representa y compone el capital (Grados, 2003), dentro de estas empresas de tipo privadas se encuentran las siguientes organizaciones:

- ✓ **Empresas de producción:** La empresa de producción o transformación es la que recibe materias primas y las transforma en producto terminado; por ejemplo, productos químicos, muebles, automóviles, encendedores, cigarros, etc.
- ✓ **Empresas de servicios:** Este tipo de organización se dedica a la venta de intangibles o a la prestación de servicios, entre ellas se podrían mencionar las siguientes: las empresas de seguros, los bancos, hospitales, despachos de contadores, etc.
- ✓ **Empresas comerciales:** Son empresas que se dedican a la exposición y distribución del producto, por lo que son un intermediario entre el fabricante y el consumidor, por ejemplo; una empresa comercial puede abarcar tiendas de abarrotes, de autoservicios y departamentales, este tipo de organizaciones tienen transacciones con el proveedor a través del departamento de compras.

Sector público

Cuya inversión es de carácter público, donde el gobierno tiene una completa participación.

Desde el punto de vista de a quién beneficia; quienes son las que se benefician de las actividades de esa organización, se encuentra la siguiente clasificación (Fansisco, Rodríguez & Alcover 2003):

- ✓ **Asociaciones con beneficios mutuos**, en las que sus miembros son los principales beneficiarios, por ejemplo; los partidos políticos, sindicatos, asociaciones profesionales.
- ✓ **Empresas orientadas al negocio**; por ejemplo los bancos, las empresas manufactureras.
- ✓ **Organizaciones que prestan servicio a los clientes**; hospitales, escuelas.
- ✓ **Organizaciones que propician un bienestar común**; su principal beneficiario es el público en general.

De igual forma Camus (2001) hace una clasificación de las empresas al igual que Grados, esto con base en el origen de las aportaciones del capital:

- **Públicas**: el capital pertenece al Estado, su finalidad es satisfacer necesidades de carácter social: al mismo tiempo se clasifican en: centralizadas, desconcentradas, estatales, paraestatales y descentralizadas.
- **Privadas**: en ellas, el capital es propiedad de inversionistas privados y su finalidad es eminentemente lucrativa; estas pueden ser; a) Nacionales: cuando los inversionistas son nacionales b) Transnacionales: cuando el capital es preponderante de origen extranjero y las utilidades se reinvierten en los países de origen.

Debemos considerar que en todas las empresas no importa el tipo, se debe tomar en cuenta tanto la planeación de los objetivos, como el procedimiento del capital económico, para poder encontrar su clasificación. Para fines de esta investigación utilizaremos las organizaciones públicas.

Con base en las necesidades de la sociedad la empresa pública tiene como finalidad satisfacerlas e impulsar el desarrollo socioeconómico, de modo que las organizaciones públicas tiene las siguientes características (Méndez, 1999 en Flores & Rosas, 2009):

- El estado invierte capital con el fin de satisfacer necesidades de la sociedad
- La finalidad de las empresas no es obtener ganancias, sino satisfacer las necesidades de la sociedad

- La mayoría de las empresas no tienen competencias, es por eso que forman grandes monopolios
- Principalmente se encuentran ubicados en el sector de servicios
- El Estado toma las decisiones económicas

Por tanto podemos definir como organización pública:

“La entidad pública personificada en la que el Estado ha contribuido con capital con razones de interés público social y general” (Acle, 1986, en Alvarado, 2005).

Dentro de las organizaciones públicas debemos tomar en cuenta que estas cuentan con servicios públicos para las que han sido creadas y de esta forma alcanzar su objetivo, es por eso que un factor importante en su desarrollo son los siguientes (Flores y Rosas 2009):

- El elemento humano; ya que es de suma importancia en cualquier organización.
- Sector administrativo: lo que llamamos burocracia.
- Los sistemas particulares de inter-relación, en la mayoría de su enorme rapidez y poca eficacia
- Sus finalidades específicas: son órganos de control estatal y al servicio del mismo.

De esta forma de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal dentro de las mismas empresas públicas existe una clasificación (Grados, 2003,):

- ❖ Sector Central: compuesto por las Secretarías de Estado y La Procuraduría General de la República
- ❖ Sector Paraestatal: compuesto por organismos descentralizados, empresas de participación estatal.

La centralización es la forma de la organización administrativa en que las unidades, órganos de la administración pública, se ordenan y acomodan bajo un orden jerárquico a partir del Presidente de la República. Algunas de las características más importantes son las siguientes: Carecen de personalidad jurídica, dependen jerárquica y administrativamente del Poder Ejecutivo de la misma manera también carecen de patrimonio propio y sus recursos se derivan exclusivamente de las asignaciones establecidas en el presupuesto de egresos de la Federación (Grados, 2003).

También se encuentran los órganos desconcentrados que están integrados en la administración pública centralizada, en los que su principal característica es que no pierden relación jerárquica o su relación de centralizados, a pesar que les dan cierta libertad de acción.

Por otro lado encontramos la Administración Pública Paraestatal, la cual tiene las siguientes características: tiene una personalidad jurídica propia que se deriva de una ley, sus funciones principales son nombrados y removidos por el Presidente, tiene patrimonio propio, las entidades no dependen jerárquicamente ni administrativamente del Presidente.

Los fines de la administración paraestatal son la prestación de un servicio público o social; tal es el caso del IMSS, ISSSTE, CFE y PEMEX, también tiene como fin la investigación científica y la tecnología y aplicación de recursos para fines de asistencia de seguridad, todo encaminado para el beneficio de la sociedad (Grados, 2003).

1.4 Variables organizacionales

En economía, la medida más común de la calidad del empleo está constituida por los salarios (los ingresos). En efecto, y sin duda alguna, es preferible un trabajo bien pagado a otro igual, pero menos remunerado: con estos mayores ingresos será posible obtener un nivel más alto de consumo y alcanzar un mayor bienestar. Las estadísticas sobre ingresos presentan importantes ventajas: son (relativamente) fáciles de conseguir y permiten ordenar cualitativamente, en forma simple y rápida, a los empleos. Además, cualquier otro atributo cualitativo de un empleo puede ser expresado, al menos teóricamente, como una dimensión monetaria (Farné, 2003).

Encuestas a los trabajadores dejan en claro que las remuneraciones son consideradas un factor importante del trabajo, pero no el determinante. Muy apreciado por los trabajadores son la estabilidad en el empleo y las oportunidades de ascenso, entre otras (Hampton 1976, Rosenthal 1989, Clark 1996 y 1998, en Farné, 2003).

El trabajo humano es una expresión de la personalidad de quien lo realiza y a él las personas activas le dedican buena parte de su vida. Estos factores no salariales contribuyen al bienestar de los individuos, aunque no se puedan medir fácilmente en términos monetarios (Rodgers & Reinecke 1998, en Farné, 2003), a continuación se mencionaran a algunos autores que describen algunas variables organizacionales, cada uno desde su punto de vista.

Rosenthal (1989, en Farné, 2003) propone tomar en cuenta cinco grupos de atributos:

- **Tareas y condiciones de trabajo**, que incluyen la peligrosidad, autonomía, repetitividad, el estrés, el esfuerzo y espacio físico asociados al empleo desarrollado. También incluyen la posibilidad de trabajar en los detalles y en equipo.
- **Satisfacción en el empleo**, que, a su vez, depende de la posibilidad de poder palpar los resultados del propio trabajo, de poder utilizar en pleno las propias capacidades y de aprender unas nuevas. La creatividad, el reconocimiento de los logros alcanzados, la posibilidad de solucionar problemas, las oportunidades de ascenso y la habilidad de

influenciar o asesorar a otros son características que también entran en este grupo.

- **Período de trabajo:** durante el fin de semana y por turnos; horas extras; tiempo parcial; flexibilidad del horario.
- **Estatus del trabajo**, tanto social como en la empresa donde se trabaja.
- **Seguridad en el empleo**
- Y, aun si no se discute, se reporta como importante la **afiliación a salud y pensiones** y el reconocimiento de vacaciones pagadas.

Gittleman y Howell (1995, en Farné, 2003) consideran:

- La afiliación a salud y pensión
- La densidad sindical
- El porcentaje de trabajadores de tiempo parcial involuntarios
- El número de semanas trabajadas en el año
- El número de horas semanales normalmente trabajadas
- Un indicador de educación formal general
- Un indicador de capacitación específica
- Un indicador de habilidades personales
- Un indicador de destreza manual
- Un indicador de las condiciones de trabajo físicas y ambientales y del esfuerzo requerido.

Verdera (1995, en Farné, 2003) calcula un índice de precariedad del empleo utilizando las siguientes variables simples:

- Duración excesivamente corta o demasiado extensa de la jornada laboral
- Lugar de trabajo
- Afiliación a la seguridad social
- Sindicalización
- Estabilidad laboral

Rodgers (1997, en Farné, 2003) hace la siguiente lista de dimensiones para analizar:

- Beneficios no salariales
- Regularidad y confiabilidad del trabajo y del ingreso
- Modalidad de contratación
- Protección social (pensión, salud y contra el desempleo)
- Representación
- Regulación de los tiempos de trabajo y su duración
- Intensidad

Para Beatson (2000, en Farné, 2003) deberíamos pensar en las siguientes características:

- **Salud y pensión**

- **Tiempo de trabajo** (horas semanales, permisos remunerados, flexibilidad del horario, parte del día en que se trabaja)
- **Balance trabajo/vida** familiar (oportunidad de trabajar en la casa, facilidades para los trabajadores con niños o ancianos a su cargo, posibilidad de obtener un permiso con breve aviso para atender una emergencia familiar)
- **Seguridad en el empleo** (modalidad de contratación, antigüedad en el empleo, rotación laboral, percepción de inseguridad por parte de los trabajadores)
- **Oportunidades de ascenso y desarrollo profesional** (perspectivas de promoción, capacitación y desarrollo ofrecidos por las empresas)
- **Contenido del trabajo** (interés del trabajo, apropiado uso de las capacidades del trabajador, valorización por parte del trabajador de su trabajo)
- **Intensidad del trabajo** (variedad y ritmo de trabajo)
- **Riesgo de accidentalidad y enfermedad**
- **Relación con los demás** (clientes, usuarios, colegas, empleadores).

1.5 Sector Salud

Unas de las principales características de las instituciones gubernamentales es que se encargan de cubrir de cierto modo las necesidades de la sociedad, esto como parte de sus actividades laborales, de modo que en los hospitales se centrará la atención ya que son los encargados de preservar la salud, esto debido a que la gestión gubernamental pretende buscar continuidad en la forma de abordar y resolver problemas de salud en México; informa el desenvolvimiento de sector salud y muestra la evolución, estado actual y las perspectivas de desarrollo de las especialidades médicas en el país. (Guillermo, 1998 en Martínez & Salinas, 2008).

Uno de los sectores que entran dentro de las organizaciones públicas centralizadas es el sector salud, que nace en 1977 como agrupamiento administrativo bajo la coordinación de la SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud (López, 1993 en Acuña & Alemán, 2004).

La Secretaría de Salud (SSA) que es la encargada de regular los hospitales del país, destaca sus principales funciones que son (Flores & Rosas, 2009):

- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal.

- Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.
- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal a fin de apoyar los programas de servicios de salud.
- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.
- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
- Propiciar y coordinar la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.
- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento.
- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas; y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.
- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo.

1.5.1 Definición de Hospital

El concepto de hospital ha existido desde épocas muy antiguas, y ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, ya que forma parte importante de nuestra cultura, porque trata de preservar la vida del hombre.

El hospital nace en la historia como un centro de internamiento y evoluciona hacia un centro de resolución de procesos patológicos (González, Navarro & Sánchez, 2005). Fajardo y García (2008) describen a un hospital como una institución de atención médica sobre el cual recae la responsabilidad de salvaguardar la salud, garantizar la vida y llevar al individuo a la interacción con la sociedad en las mejores condiciones físicas y psicológicas. “El hospital se ocupa de la vida, de la salud, de la enfermedad.”

De acuerdo con el diccionario de la lengua española se da la siguiente definición para hospital:

“Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practica también la investigación y la enseñanza”.

Sin embargo, Varo (1994) dice que el hospital puede verse como:

- **Organización de servicios** en la que el principal beneficiario debe ser el cliente.
- **Organización normativa**, donde el trabajo tiene un valor intrínseco para el profesional sanitario
- **Institución**. La misión le esta impuesta desde el exterior y además tiene objetivos internos.

Con puntos anteriores se puede describir un hospital público como una organización gubernamental que cuenta con:

- Fuente de generación de iniciativa
- Centro de investigación
- Taller excepcional para la aplicación racional de los conocimientos
- Institución ideal para formación de recursos humanos para la salud
- Centro industrial para sus propios fines
- Organización con la máxima responsabilidad moral, social, legal, científica y administrativa (Malagon, 2000, en Flores & Rosas, 2009).

1.5.2 Antecedentes Generales de los Hospitales Gubernamentales

Los hospitales se presentan como la organización más compleja en la prestación de servicios de salud, ya que es el centro de la máxima responsabilidad dentro del sistema de la salud (Fajardo & García, 2008), dentro de las responsabilidades más importante que tiene un hospital del sector público es prestar servicios para el cuidado y la rehabilitación de un enfermo.

Ya hemos mencionado anteriormente que los hospitales son parte integrante de la organización médica y social ya que se preocupa por proporcionar a la población una asistencia médica, es decir se encarga de preservar la salud de

las personas y no sólo eso, sino que también los hospitales son centro de formación del personal médico y en ellas también se realizan investigaciones biosociales (Temes & Mengibar, 2007). Por tal motivo, no es posible considerarlo como un aspecto aislado de la sociedad ya que es importante saber cuáles son las bases en las cuales se desarrollaron estas instituciones.

La forma más primitiva del hospital debe haber sido la cueva en la que el hombre primitivo dio refugio a un compañero desventurado. El tratamiento médico era identificado como una parte de las religiones primitivas, donde los jefes religiosos la hacían a la vez de curanderos.

Los antecedentes más remotos son los hospitales del siglo IV, en donde los Obispos Orientales acogían a moribundos. Hasta el siglo XVIII, se denominaban “hospitales” cuyo significado, que viene de “hospice” (hospicio), es el de “casa de acogida”, “lugar para morir”. El movimiento “Hospice” actual retoma esta aceptación al recuperar esa misma función de atención a enfermos terminales (Remor, Arranz & Ulla, 2003, en Flores & Rosas, 2009).

En referencia a los primeros hospitales de México, al terminar la conquista de México-Tenochtitlan, la religión aportó a la medicina los hospitales y la fe. La medicina medieval se mezcló con la indígena y uno de sus puntos de encuentro fue la construcción de los hospitales monasterios.

Los primeros hospitales de la ciudad colonial, se establecieron con el fin de solucionar los problemas de epidemias y para acatar indicaciones reales o cumplir con razonamientos piadosos y sociales. La atención médica se otorgaba como dádiva religiosa y la efectividad de la atención hospitalaria no fue positiva, los tratamientos eran dudosos y la mortalidad era elevada, se adquirían infecciones en los establecimientos y la alimentación era pobre (Fajardo & García, 2008).

En la segunda mitad del siglo XIX, los hospitales se orientaron a la beneficencia, pretendiendo agotar el modelo curativo del hospital público. Se expandieron tantas leyes que afectaron a los hospitales en su relación con su dependencia administrativa, funcionamiento y recursos, asegurando su financiamiento para orientarlos hacia la beneficencia.

Para este mismo siglo, con la consumación de la independencia los descuidos de los hospitales se hicieron frecuentes, por lo que la mayoría de ellos desaparecieron por la falta de cuidado pues se encontraban en malas condiciones.

En el año de 1909, se inicio como tal la formación de los servicios médicos del GOBIERNO DE LA CIUDAD. La Secretaría de Salud del Distrito Federal a evolucionado a través de sus más de 95 años de existencia y no fue que hasta este año, con la creación de la Oficina de Servicios Médicos denominada PUESTO CENTRAL DE SOCORROS, adscrita a la Inspección General de Policía. Tuvo la función de otorgar cuidado médico a los accidentados, así como cumplir con la actividad pericial de auxilio médico legal o los juzgados del ramo penal. En 1929, se instaló el servicio médico en los centros de reclusión,

cárceles, penitenciarias, reformatorios y en la oficina de Tráfico. Así mismo, en 1943 se inaugura el primer hospital de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, denominado Hospital de la Cruz Verde, que más tarde fue nombrado "Dr. Rubén Leñero". De igual forma, en el mismo año se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) organismo descentralizado, sostenido principalmente por los patrones, trabajadores y el estado, de forma que tienen carácter obligatorio, institución que se estableció para dar protección a la clase trabajadora de industrias, fábricas y empresas, así como también para ofrecer servicio a los familiares de los trabajadores. El IMSS está formado por: dos centros médicos, unidades de ginecoobstetricia, clínicas- hospital, clínicas y unidades medicas familiares. Diez años después (1953), se centralizan todas las unidades médicas del Distrito Federal, a través de la creación de la dirección de Servicios Médicos, y en 1958, se construyó en la Delegación Azcapotzalco, el primero de los hospitales infantiles con la que se cuenta la dependencia. En 1960 fue fundado el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), como parte principal se encarga de atender a un millón de personas entre burócratas y de igual forma a sus familiares, esta institución cuenta con el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" y seis hospitales más (Fajardo & García, 2008).

Durante los siguientes 20 años, se construyeron cuatro hospitales de urgencias, 12 hospitales infantiles de zona y ocho hospitales regionales para atender las urgencias del binomio madre-hijo, ubicados en diferentes delegaciones del Distrito Federal.

Una institución más que no se puede dejar de mencionar es el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) el cual se encarga de aquellas personas que no cuentan con ISSSTE ni IMSS y que no poseen recursos económicos que se requieren para ser afiliados a éstos. El DIF el Instituto Nacional de Pediatría el Instituto Nacional de Perinatología y el Instituto Nacional de Salud Mental.

A partir de 1982, se desarrolló un amplio programa de reordenamiento de la infraestructura hospitalaria para ampliar y reorientar los servicios de acuerdo con las necesidades y demandas de salud de la población. En este sentido, los hospitales traumatológicos y de urgencias, se convirtieron en hospitales generales integrados por cinco grandes áreas: cirugía, medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y urgencias; reforzándose con dos hospitales más y un hospital de especialidades inaugurado en 2005 (Fajardo y García, 2008). El 16 de julio de 1997, la Dirección General de Servicios Médicos se erigió como Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, para convertirse a partir del primero de enero de 1999 en Secretaría de Salud de Distrito Federal, de la que hoy dependen las siguientes unidades médicas: un hospital de alta especialidad; ocho hospitales generales; 10 pediátricos; dos centros toxológicos y 42 servicios médicos de Agencias del Ministerio Público (Temes & Mengibar, 2007).

Como se ha visto, a través del tiempo los hospitales han ido evolucionando y expandiéndose, esto ha provocado que ya no se vean como organismos dedicados solamente a preservar la salud, su concepto ha ido evolucionando

de igual manera ya que también son lugares de investigación y enseñanza a futuros profesionales, médicos en formación y personal.

1.6 Organización Estructural

Cuando dentro de la Institución se ha alcanzado un grado de desarrollo, es el momento de asignar responsabilidades y asignar la autoridad para obtener las metas de cada objetivo propuesto. Es así como se va construyendo las reparticiones que se necesitan para cumplir con los objetivos que satisfagan lo propuesto de la misión institucional.

Según Gómez (1992, en Malagón, 2008) una organización estructural de los hospitales se dividen en cuatro niveles de atención a la salud:

El primero es el nivel 1, este usualmente busca tener una institución que brinde atención en salud para que se resuelvan aquellas patologías que se presentan en la comunidad servida y que pueden ser satisfechas en un 70 a 80% de los casos, con el concurso de profesionales generales.

Para llevar a cabo esto, es necesario contar con la concepción de un ente hospitalario, con personalidad jurídica o elemento legal, autonomía administrativa, financiera y patrimonio propio, los cuales son elementos fundamentales dentro de un proceso de descentralización. Además debe existir un cuerpo de gobierno o Dirección Superior, compuesta por una Junta Directiva, una Dirección y dos Subdirecciones, una científica y una administrativa.

La junta Directiva es el cuerpo colegiado que a nivel institucional se constituye con la máxima autoridad, las cuales pueden constituirse por el representante de la localidad, un representante de los profesionales de la salud en la Institución, un representante de las universidades con Facultades en Ciencias de la Salud, un representante del sector industrial de la localidad y un representante de las organizaciones comunitarias (Flores & Rosas, 2009).

Por otro lado, el nivel 2 se estructura siguiendo todas las premisas que se dieron para el nivel 1, lo que lo diferencia es que se agrupan las actividades para dar respuesta a la complejidad creciente, asignadas para el nivel I (Malagón, 2008). Este nivel se fijará en el modelo de estructura orgánica, las reparticiones que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos que le son propios a dicho nivel. En este, hay una mayor agrupación de los servicios, algunos de ellos son: Salud Oral, Salud Mental, Cirugía General, Pediatría Ginecoobstetricia, Anestesia y Radiología. En el nivel 2 recibe aproximadamente un 15% de casos que demandan atención en salud, y cuenta con las siguientes divisiones:

- 1) Fondo Especial de Medicamentos y Suministros, cuya finalidad es garantizar la adquisición de medicamentos e insumos.

- 2) La Subdirección de Atención a la Salud, que forma este nombre en razón al incremento de la complejidad de Especialidades médicas y paramédicas.
- 3) La Subdirección Administrativa que cambia el nombre de Departamento, dado que tiene que ejercer las funciones con especialistas administrativos y financieros para brindar el apoyo logístico de las actividades de salud del hospital.
- 4) Oficina de Planeación, cuya finalidad es la de lograr que los Jefes de departamentos y Servicios reciban los instrumentos que preparen.
- 5) Oficina Jurídica que se encarga de asesorar a las Directivas del Hospital para celebrar contratos y/o convenios.
- 6) Comité de Infecciones, encargado de prevenir, controlar y tratar las enfermedades nosocomiales.
- 7) Comité de Educación con el propósito de identificar y obtener las áreas propicias para la enseñanza médica y paramédica.
- 8) Comité de Soporte Nutricional encargado de prestar colaboración a pacientes hospitalizados, con miras de obtener más pronta recuperación.

Las funciones de cada una de las dependencias deberán fijarse por cada uno de los jefes de Departamento según el nivel de atención por el Hospital (Malagón, 2008).

Por su parte el nivel 3 debe de tomar en consideración los servicios de atención que va a prestar exclusivamente en salud. Los hospitales de este nivel no deben de tomar entre sus objetivos la atención al medio ambiente, sino profundizar en el conocimiento científico y la tecnología que demandan aquellas patologías que no han podido ser atendidas en niveles inferiores y por lo tanto deben de tener más Servicios Clínicos que los de nivel 2.

El hospital de un nivel 3, es considerado como aquél en que su generalidad realiza actividades para un nivel de mayor complejidad y es por ello que debe tener un departamento conformado por las unidades de Cuidado Intensivo de: Pediatría, Clínica y Quirúrgica y una Sección de Terapia Intermedia, para facilitar mantenerlas en áreas específicas que agilice el poder de asignar los recursos indispensables para brindar una atención precoz, integral y oportuna a los pacientes que requieren de estos servicios.

Por último, el nivel 4 tiene como misión atender el más alto nivel de complejidad de patologías, tales como trasplantes y tratamientos e intervenciones, que demandan el concurso de varias especialidades y supraespecialidades de manera simultánea, para solucionar cada caso particular. Por consiguiente, habrá hospitales de nivel 4, que desarrollan sus actividades para un solo sistema (Cardiovascular, Neurológico, Ortopedia y Trauma) y se denominan "Hospitales de Referencia" (Malagón, 2008).

1.7 Organización Funcional

Dentro de un hospital, existe la organización funcional, en la cual se identifica las actividades y roles a realizar de cada departamento o división del hospital.

Dentro de las funciones de la Junta Directiva está establecer y modificar los estatutos de la Institución como su Reglamento Interno; aprobar el presupuesto anual; aprobar los planes y programas a desarrollar; adoptar, formular, dirigir y coordinar las políticas; controlar el funcionamiento del Hospital y evaluar el resultado de las actividades; autorizar la celebración de contratos; responder por el cumplimiento de las normas legales vigentes; determinar los servicios a prestar.

Respecto a las funciones del director del hospital están las de dirigir y controlar el trabajo de los departamentos; hacer parte activa del diagnóstico, ejecución y programación de las actividades a realizar; dirigir la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de la salud; desarrollar el trabajo de su hospital en forma interdisciplinaria; promover, coordinar y asesorar las actividades de control epidemiológico del hospital; promover y participar en el desarrollo de investigaciones en salud; promover la participación activa de la comunidad en los programas de fomento y prevención en salud y dirigir el Comité Técnico Institucional y el Comité de Adquisiciones y Suministros (Malagón, 2008).

Dentro de las funciones del subdirector del Hospital se encuentran las de coordinar las actividades extramurales; formar parte activa del Comité Técnico; dirigir al Comité de Participación Comunitaria, al Comité de Control de Calidad y diagnosticar, planear, programar, dirigir así como evaluar las actividades del área extramural.

El Departamento de atención a la Salud cumple con las funciones de adaptar y dirigir la aplicación de políticas, normas, proyectos, programas y planes de salud; planear, programar y dirigir actividades que requieran la comunidad asignada; tomar parte activa en las labores de vigilancia epidemiológica; Dirigir el Comité de Historias Clínicas; formar parte activa de la autoevaluación Institucional para medir el impacto de las acciones en salud.

Las actividades que realiza el Departamento de atención al medio ambiente son las encaminadas a dirigir la aplicación de políticas, normas, proyectos, programas y planes para la protección de la salud y el medio ambiente; dirigir el diagnóstico del consumo y suministro de alimentos y bebidas, de agua potable, basura y de contaminación del aire; dirigir la autoevaluación y medir el impacto por parte de su Departamento; formar parte activa del Comité Técnico Institucional (Flores y Rosas, 2009).

Por último, el departamento administrativo cumple con ser secretario del Comité de Adquisiciones y Suministros; dirigir las actividades de control interno institucional; brindar apoyo logístico para el desarrollo de los planes, programas y proyectos aprobados en el hospital; proponer el plan de cargos y asignaciones del Hospital según las normas emanadas de la Junta Directiva; evaluar el presupuesto anual para el funcionamiento del hospital; llevar el

acuerdo mensual de gastos y la ejecución propuestal al día; evaluar los costos de las actividades intermediarias y finales que realice su hospital (Malagón, 2008).

En este capítulo se definió el concepto de organización; que para fines de esta investigación nos ayudará a ver la estructura de una empresa así como también los diferentes enfoques de las organizaciones: el clásico, el humanista, estructuralista, el de sistemas de Katz y Kahn, de igual forma se definió los diferentes tipos de organización ya que estas nos permitirán ubicar en que clasificación se encuentran las organizaciones públicas; en este caso un hospital él cual puede estar organizado de forma estructural y funcional, así mismo pudimos ver algunas de las variables organizacionales que pueden afectar el desempeño en la calidad de los servicios, y es de lo que tratará el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Calidad en el Servicio

Actualmente la expresión “calidad” se utiliza con frecuencia en cualquiera de los ámbitos de nuestra sociedad, sin importar el sector del que procede el comentario ni la vertiente hacia la que se dirige, entonces es cuando también podemos hablar de calidad de vida, calidad en el entorno laboral, calidad en los productos y servicios, empresas de calidad, calidad en la educación, es por eso que es de gran importancia entender lo que es la calidad enfocada hacia el servicio, ya que esto le permitirá a la organización mejor conocimiento de sus clientes y crecimiento en el sector de servicios.

Entonces se puede decir que la calidad es tanto subjetiva como objetiva: es subjetiva porque afecta los sentimientos personales, las apreciaciones de la mente, las reacciones del sistema nervioso, de lo que se originan entre ellas en el individuo; es objetiva porque tiene que ver con las medidas, con lo observable, más allá de los sentimientos personales, con objetos y eventos sobre los que dos observadores independientes pudieran coincidir con apreciaciones sensoriales (Rosander, 1992, en Rojas, 2007).

Es entonces, cuando la mayoría de las empresas extranjeras o mexicanas se han dado a la tarea de tomar en cuenta la calidad que ofrecen en sus productos o servicios a los usuarios que así lo requieren; es por eso que los empresarios y directivos del mundo han alcanzado un consenso sobre la importancia y valor que tiene la calidad total en la organización moderna y la repercusión en la economía y satisfacción de sus clientes. Mientras que la aplicación integral de esta función lleva a las empresas a un nivel de alta competitividad, productividad y posicionamiento en el mercado (De la Parra, 1997, en Flores & Rosas, 2009).

En la actualidad, el ser humano consumidor, busca cada vez más productos de mejor calidad, que satisfagan sus necesidades y cubran sus expectativas, la percepción que el consumidor tenga de este producto será de valor total; es decir que por medio del valor que se le asigne, se evaluará tanto al producto como a la organización en conjunto.

2.1 Definición de Calidad

La calidad y su necesidad, concepto que ha ido evolucionando hasta nuestros días, han estado presente siempre, si bien la forma de gestionarla y la importancia que se le ha concedido no ha sido siempre la misma.

Cuando se menciona el concepto de calidad, hacemos referencia a múltiples elementos que la engloban, cada autor tienen su propia definición, hay algunos incluso que se orillan a la subjetividad, otros a normas y otros más en las expectativas que pueda tener la persona.

La palabra calidad, deriva del latín “*Qualiatem*”, que significa atributo ó propiedad que distingue a las personas, bienes o servicios, implica la excelencia, sin olvidar que algo excelente no es algo caro y lujoso sino

adecuado para su uso, algo que satisface las necesidades y expectativas del cliente (Palacios, 2010).

Existen algunos autores que son reconocidos en el tema de la calidad, uno de ellos es Deming, quién rápidamente introduce que al hablar de calidad, nos referimos a “cualquier cosa que el cliente necesite y quiera”; así mismo, Crosby le sigue, diciendo que la “calidad es cumplir con los requisitos de un cliente desde la primera vez, siempre”, por su lado Juran completa la definición retomando estos elementos y crea su concepto, el cual explica que “la calidad es adecuación a su uso, es el grado en el que los bienes o servicios sirven exitosamente a los propósitos del consumidor” (J. Reza & G. Reza, 2001).

Una definición que es muy simple y fácil de comprender es aquella que menciona Kotler (1991) la cual dice que la calidad es un conjunto de propiedades y/o atributos de un producto-servicio que confiere la aptitud para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas preestablecidas. De forma similar Crosby en 1978 define la calidad como “cumplir con los requisitos previamente establecidos”, dichos requisitos deben cumplir los empleados y los directivos. De esta manera, los requerimientos son indicadores de que si se cumple o no con la calidad (Palacios, 2010).

En 2002, Arellanos argumenta que se define con los requisitos. Explica que cualquier producto, servicio o proceso que cumple con sus requisitos es un producto, servicio o proceso de calidad. La definición “cumplir con los requisitos” es fácil de comprender para todos. Un producto, servicio o proceso de trabajo cumple o no cumple con sus requisitos; no es cuestión de opinión. Cumplir con los requisitos puede observarse y medirse con facilidad. Si los requisitos no se alcanzan se cae en el incumplimiento.

Por otra parte Gea (2001), propone que la calidad se consigue no solo diseñando ejecutando y evaluando el proceso tecnológico (calidad intrínseca), si no también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas, es decir, la calidad percibida (Rojas, 2007).

Horovitz (1992, en Rojas, 2007) señala que “cuando un cliente valora la calidad de un producto o servicio, no disocia sus componentes, lo juzga como un todo”. Lo que prevalece es la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica. El cliente que recibe un mal servicio no se consuela si le dicen que la baja o poca calidad se debe a la dirección que está ausente y es inaccesible y no al empleado. De esta manera para Rosander (1992, en Rojas, 2007) propone que la calidad vienen determinada por la conducta y actitudes de las muestras individuales. Las emociones, los sentimientos son el corazón de las actitudes, del comportamiento y la motivación básica de la supervisión, la mejora de la calidad y del entorno del trabajo.

Por otra lado, la calidad puede ser vista desde el punto de vista de las organizaciones que intentan mantenerla, lo cual entonces para Bone y Griggs (1994), proponen que la calidad puede verse como un estándar de perfección a través del cual se juzga si se lleva a término lo que se propuso, cuándo y cómo

se dijo que se haría y de manera que se satisfaga las necesidades de los clientes. Así la calidad es una meta, una serie de requisitos a alcanzar (Bone & Griggs, 1994, en Rojas, 2007).

Un aumento que la calidad mejora la satisfacción del cliente, es el hecho de otorgar al producto un valor agregado además, ayuda a contribuir y superar expectativas enunciadas o explícitas de los requerimientos de éste. A su vez, un aumento de esa calidad mejora la productividad por la vía de disminución de los errores, en los productos o servicios y la disminución de los procesos. Una mayor satisfacción del cliente y unos precios competitivos originan una mayor participación del mercado, lo cual obviamente genera un aumento de utilidad en la empresa (Ferrer, 2002, en Rojas, 2007).

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, Garvin (1988) y Reeve y Bednar (1994), realizan una síntesis del concepto en las que pueden encuadrarse, ya que se pueden agrupar la mayor parte de las definiciones de calidad dentro de algunas de las cuatro características siguientes:

A) Calidad entendida como conformidad:

La calidad entendida como conformidad con unas especificaciones se refiere a la calidad de los productos ya que ésta es medida a través de indicadores cuantitativos, los cuales permiten ver la conformidad de los productos con las especificaciones diseñadas.

En general, siempre que sea posible identificar correctamente las especificaciones exigidas por el cliente, y siempre que estas tengan un grado suficiente de estabilidad en el tiempo, de tal modo que sea posible la estandarización de procesos y productos.

B) Calidad como satisfacción de las expectativas del cliente

En este sentido un producto o servicio será de calidad cuando satisfaga o exceda las expectativas del cliente. Esta definición hace necesario un conjunto de factores subjetivos de tal manera que puedan ser medidos.

El mayor inconveniente de esta definición es que está basada en expectativas de clientes que son difíciles de detectar, medir y ponderar. Cada cliente puede tener un conjunto de expectativas distintas, con ponderaciones también distintas. Por tanto, una misma persona, ante un mismo servicio o producto consumido en momentos distintos del tiempo, puede tener actitudes distintas y/o emitir juicios diferentes.

C) Calidad como valor con relación al precio

Los autores que utilizan esta definición entienden que la noción de valor debe de ser incluida en la definición de calidad. Defienden que tanto precio como calidad se deben tener en cuenta en un mercado competitivo, es decir la calidad de un producto no puede ser desligada de su costo y su precio.

Por tanto, la calidad se entiende aquí como un concepto subordinado y relativo, lo que implica que se tratará de obtener la mejor calidad posible a un precio dado.

D) Calidad como excelencia

Este concepto es el más genérico e integrado en las formas de entender la calidad. Se puede aplicar a productos, servicios, procesos y a la empresa en su conjunto. La calidad como excelencia es un objetivo que permite y exige incorporar el compromiso de todos los integrantes de la organización, se aplica aquellos productos y servicios que reúnen los máximos estándares de la calidad en sus diferentes características.

En definitiva, un producto o servicio es de calidad excelente cuando se aplican, en su realización, los mejores componentes y la mejor gestión y realización de los procesos (Moreno & Perris, 2001).

Como hemos visto, la palabra calidad designa al conjunto de atributos o propiedades de un objeto o servicio, que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él. En este sentido se habla de la nula, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, esta expresión designa entonces un juicio positivo con respecto a las características del objeto o del servicio. El significado del vocablo calidad, en este caso, pasa a ser equivalente al significado de los términos excelencia o perfección.

En la actualidad, los términos perfección y calidad se aplican cada vez con mayor frecuencia a los productos que son el resultado de la actividad de manufactura.

La generalización de la calidad en el mundo actual, la creciente corriente de información que fluye por los distintos medios, la constante expansión del comercio internacional, la estandarización de los procesos, la competencia de la mano de obra, el impresionante avance tecnológico, la utilización masiva de instrumentos de cómputo, el Internet, el correo electrónico, la globalización en general, hacen que la calidad no sea una moda, si no un requerimiento indispensable para la vida (J. Reza & G. Reza, 2001).

2.2 Antecedentes Históricos de la Calidad

Algunos autores dicen que la calidad es un hecho relativamente nuevo, iniciado en el siglo XX. Otros más indican que se trata de un fenómeno que ha estado presente por siglos, sin embargo hay quienes sugieren que la calidad tiene miles y millones de años y que han llevado a una evolución paralela a la historia humana.

La calidad no ha aparecido en un momento histórico preciso. Se trata de un elemento fundamental del comportamiento del hombre, más o menos

desarrollado según las circunstancias y necesidades. La calidad es por tanto el resultado de la evolución natural del ser humano en su afán por conseguir menores condiciones de vida. Según Mountaudon (2004), la calidad nace cuando el hombre busca satisfacer sus necesidades: las materiales, las de sobrevivencia, las de relacionarse, sus emociones, su necesidad de trascender.

En la prehistoria, los nómadas se caracterizaban por utilizar herramientas de filo hechos de diversos materiales para cazar animales como alimento, mismas que de forma innata eran fabricadas con la mejor calidad, ya que una pequeña falla de éstas era indicio de que la vida corría peligro en caso de estar frente a frente con el animal al cazar. Con todo esto, las herramientas fueron cambiando y se perfeccionaron con la finalidad de aumentar la productividad en los procesos laborales en que intervenían las herramientas de trabajo (Flores & Rosas, 2009).

Más tarde se desarrolla la etapa en donde se intercambian los productos de modo que la persona que da, tiene derecho a recibir. Es la etapa del trueque en donde se comienza a estudiar el producto que se recibe; si se está de acuerdo con la calidad recibida se efectúa el cambio, si no por el contrario, no se realiza. De esta forma se procura que el producto que se recibe debe de ser de igual calidad al producto que se entrega.

Durante la Edad Media el aseguramiento de la calidad era informal, todos los esfuerzos tenían como objetivo asegurarse de que la calidad fuera incorporada por todas las personas que lo fabricaban. Ya que el proceso era supervisado especialmente por el productor, lo que era indicio de que la calidad era inherente puesto que el producto estaba terminado cuando el productor establecía que estaba bien elaborado (Flores & Rosas, 2009).

A finales del siglo XVIII, emergió la Revolución Industrial e introdujo las máquinas que lanzaron la fabricación de bienes a gran escala. Los cambios más inmediatos se produjeron en los procesos de producción, en general la producción empezó a realizarse en grandes empresas o fábricas en vez de pequeños talleres domésticos y artesanales; como consecuencia, surge la especialización del trabajo. Las actividades se trasladaron de la fábrica de productos primarios a la de bienes manufactureros y servicios. El número de productos manufacturados creció de forma espectacular gracias al aumento de la eficacia técnica.

En parte, el crecimiento de la productividad produjo la aplicación sistemática de nuevos conocimientos tecnológicos, gracias a una mayor experiencia productiva. Se puede afirmar que los cambios más importantes afectaron a la organización del proceso productivo. Las fábricas aumentaron en tamaño y modificaron su estructura organizativa, la aparición de nuevas herramientas y máquinas especializadas permitió que los trabajadores produjeran más bienes que antes y que la experiencia adquirida por el uso de un máquina o herramienta aumentara la productividad y la tendencia hacia una mayor especialización en un proceso acumulativo (Martínez, 2004).

En la Segunda Guerra Mundial surgió la necesidad de producir artículos de bajo costo en grandes volúmenes, en países tales como Estados Unidos e Inglaterra entre otros. Muchas empresas tuvieron problemas para cumplir con los requisitos de calidad impuestos por los gobiernos. Esto propició cambios drásticos especialmente en las empresas desarrolladas, y se implementó un proceso de inspección con la finalidad de prevenir defectos durante la fabricación.

Con todo esto, surge entonces un departamento denominado “Ingeniería de Control de Calidad”, que desarrollaría funciones de análisis y planificación de calidad para prevenir que los productos salgan defectuosos. Conforme pasan los años sube el nivel de control Estadístico de Calidad y el Control Total de Calidad, por lo que se requiere cumplir con los requisitos más altos y fue convirtiéndose en un reto a nivel organizacional para el mejoramiento de la empresa (Rojas, 2007).

Existen varios autores que no hay de dejar de lado, y de los cuales es importante rescatar los trabajos que han realizado para construir la calidad y que muchas organizaciones han adoptado para que estas tengan éxito en cuestión de la calidad de sus productos o servicios.

Uno de los autores representativos es Edwards W. Deming, el cual impulsa a las empresas japonesas a dirigir un enfoque sistemático para la solución de problemas llamado “Círculos de Calidad de Deming; planear, hacer actuar y verificar (PHAV)”. Al mejorar la calidad, se transfieren las horas hombre y las horas máquinas malgastados a la fabricación de los mejores productos y servicios. El resultado es una reacción en cadena; se reducen los costos, se es más competitivo, la gente está más contenta con su trabajo, hay más empleo y por consiguiente mayores utilidades.

Deming afirma que no es suficiente tan solo resolver problemas, grandes o pequeños. La dirección requiere formular y dar señales de la intención que es permanecer en el negocio y proteger tanto a los inversionistas como a los puestos de trabajo (Hernández & Sánchez, 2001).

Es por la misma razón que propone 14 principios para incrementar la calidad:

1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto o servicio.
2. Adoptar la nueva filosofía.
3. Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad.
4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio solamente. En vez de ello, minimizar el costo total trabajando con un solo proveedor.
5. Mejorar constantemente y continuamente todos los procesos de planeación producción y servicio.
6. Instituir la formación en el trabajo.
7. Adoptar e instituir el liderazgo.
8. Desechar el miedo.
9. Derribar las barreras entre las áreas de staff.
10. Eliminar los slogans, aportaciones y metas por la mano de obra.

11. Eliminar las tasas numéricas para la mano de obra y los objetivos numéricos por la dirección.
12. Eliminar las barreras que impiden a las personas sentirse orgullosas de su trabajo. Eliminar la calificación anual o el sistema de calificación de méritos.
13. Instituir un programa vigoroso de educación y automejora para todo el mundo.
14. Poner a trabajar a todas las personas de la empresa para conseguir la transformación (Palacios, 2006).

Otro autor que se interesó en el estudio de la calidad es Joseph M. Juran, de origen austriaco. Este autor sostiene que para considerar que un producto sea de calidad, debe ser adecuado para su uso. Así este consiste de ausencia de deficiencias y con la presencia de aquellas que satisfacen al cliente. Enfatizó que el control de calidad debía realizarse como una parte integral del control administrativo (estableciendo metas y objetivos para la mejora).

Este autor fue sin duda el primero en reunir una serie de enfoques no relacionados entre sí en un conjunto coherente que ahora denominamos “administración para la calidad total”, aunque en aquel momento él lo denominó “Control de la calidad”.

La teoría de Juran plantea:

- Siempre existe una relación en cadena entrada-salida. En cualquier etapa de un proceso, la salida (producto) se convierte en la entrada (insumo) de una siguiente etapa.
- Cualquier actividad cuenta con un proveedor, un procesador y un cliente.
- La gestión de *calidad* por medio de una trilogía:
 1. Planeación de la calidad (desarrollo de productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes).
 2. Control de la calidad.
 3. Mejora de la calidad.
- Se requiere del establecimiento de unidades comunes para evaluar la calidad.
- Se necesita establecer medios (“censores”) para evaluar la calidad en función de esas unidades de medida (Sánchez & Hernández, 2001).

Por su parte K. Ishikawa ha sido considerado como una de las máximas autoridades mundiales en lo que se refiere al control de calidad. En 1992, sostiene que el control de calidad solo es posible cuando la gerencia se compromete en el proceso y todo el personal se responsabiliza del autocontrol, eliminando así la inspección.

El Dr. Ishikawa aconsejó a numerosas empresas japonesas y americanas dentro del campo de la Calidad y del uso de la estadística. Es uno de los fundadores de los Círculos de Calidad, así como promotor de las herramientas de la Calidad (es bien conocido el diagrama causa-efecto, de Ishikawa, de “pareto” o de “espina de pez”) (Canela, 2004).

Mediante este diagrama, se pretende demostrar la relación entre las características y los factores causales para elaborar un producto con calidad total. Es necesario entender lo que es el control de procesos, adueñarse del proceso (que es un conjunto de factores causales) e incorporar dentro del proceso maneras de hacer mejores productos, fijar mejores metas y lograr efectos.

Otro autor que es representativo en el tema es A. Feingenbaum de origen estadounidense, el cual los objetivos de sus estudios eran mejorar y alcanzar la Calidad Total. Las aportaciones de sus estudios estaban relacionadas con la Gestión de la Calidad Total como un sistema eficaz que reúne todos los esfuerzos de desarrollo, de mantenimiento y de mejora de la Calidad ofrecida por los departamentos de una organización, para satisfacer completamente a los usuarios y tener una producción lo más económica posible (Canela, 2004).

Hizo ver que el control de calidad tradicional, basado en la inspección, ya no era adecuado, y que debía adoptarse un enfoque de sistemas que involucra toda la compañía. Sus ideas se sintetizan así:

Un sistema de calidad es una estructura operativa de trabajo, que reúne las siguientes características:

- Aceptada en la compañía y en la planta.
- Documentada con procedimientos integrados, técnicos y administrativos.

Estos procedimientos deben de ser efectivos para guiar, de la mejor manera y más práctica, las acciones coordinadas de las personas, máquinas e información de la compañía y de la planta, para asegurar la satisfacción del cliente y la economía de sus costos (Palacios, 2006).

Crosby, es también uno de los autores más reconocidos, ya que hablaba de la calidad como “cumplimiento de las exigencias” y opinaba que cualquier producto que uniformemente produjera sus características de diseño era de alta calidad. Pensaba que si mejoraba la calidad, los costos globales bajarían inevitablemente, permitiendo a las empresas incrementar su rentabilidad.

La meta final de la mejora de la calidad era conseguir cero defectos, más por medio de la prevención que por la inspección ante el hecho consumado.

Crosby popularizó el movimiento de los cero defectos, opinando que la clave de la mejora de localización consistía en cambiar la mentalidad de la alta dirección. Si lo que esperaba era imperfección y defectos, los tendría, ya que sus trabajadores impondrían expectativas similares a su trabajo. Pero, si la dirección establecía un nivel de rendimiento más elevado y hacia una buena comunicación de él a todos los niveles de la empresa, era posible conseguir los cero defectos.

Para ayudar a los directivos a comprender la gravedad de los problemas de calidad, Crosby utilizaba las medidas de costo de la calidad y el cuadro de

madurez de la dirección. Este cuadro se utilizaba a efectos de autoevaluación donde se identificaban cinco estados de la conciencia de la calidad:

- **Incertidumbre:** la empresa no reconocía la calidad como instrumento de gestión.
- **Despertar:** la calidad era reconocida como importante, pero la dirección aplazaba la toma de medidas.
- **Iluminación:** la dirección se enfrentaba abiertamente a los problemas de calidad y los solucionaba estableciendo un programa formal de calidad.
- **Sabiduría:** la prevención funcionaba bien, los problemas se identificaban pronto y la acción correctiva proseguía de forma rutinaria.
- **Certeza:** la dirección de la calidad era parte fundamental de la empresa y los problemas surgían de modo poco frecuente.

En cada una de las etapas, Crosby profundizó en el estado de la organización de la calidad, los procedimientos de tratamiento de problemas, los costos de este tratamiento de problemas, los costos declarados y reales de la calidad, como el porcentaje de ventas, así como las acciones de mejora (Canela, 2004).

Con todo esto, se puede decir entonces que la capacitación en el mejoramiento de la calidad consiste en educar a los miembros del equipo, coordinar las operaciones y dirigir el proceso educativo, el cual no tienen fin, por eso hay técnicas de desarrollo para la comunidad empresarial que contribuye el camino de cultura.

2.3 La Calidad en México

Colunga (1995, en Martínez, 2004), considera que a México se le puede ver desde la óptica de un antes y un después de la apertura económica al libre comercio internacional, y desde ahí definir su modo de relacionarse con los clientes. El proceso de industrialización en México a finales del siglo XIX con la producción de textiles, alimentos, cerveza y tabaco. Sin embargo, fue hasta 1940 que se inició un fuerte movimiento de industrialización basado en la política de sustitución de importaciones.

A pesar del relativo éxito de la política de sustitución de importaciones para reducir la dependencia de México, aparecieron buen número de problemas colaterales en el proceso, principalmente relacionados con la industria manufacturera que es, con frecuencia la más susceptible a la competencia exterior. Según Méndez (1994, en Ruiz & Saldaña, 2003), la política de la industrialización adoptada por México desde 1940 ha generado entre otros, los siguientes problemas:

- El desarrollo de una economía que ofrece productos y servicios de baja calidad, poco competitivos en precio y calidad en los mercados internacionales.

- La subutilización de la capacidad instalada en las organizaciones principalmente industriales. Sobre todo lo que corresponde a la media y pequeña industria, que siempre encuentra una posición débil para afrontar problemas económicos como los ocurridos en 1976, 1982, 1986 y 1994.
- La actividad económica se encuentra principalmente en tres áreas metropolitanas: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.
- México no ha sido capaz de desarrollar su propia tecnología, y depende de la baja importancia a la competitividad.
- El desorden con el que la economía ha crecido, propició el incremento de los niveles de contaminación observados en algunas de las ciudades más importantes.
- No hay suficiente ahorro e inversión para renovar las instalaciones productivas y mantener la infraestructura económica.

Con esta política de industrialización, donde el Estado jugaba el papel protector, la industria creció bajo el amparo proteccionista, en donde las empresas no competían ya que tenían un mercado seguro, durante años se fomentó la existencia de empresas ineficientes y poco competitivas. Gracias a este proteccionismo económico el cliente no importaba ya que a la falta de competencia, al cliente se le obligaba a utilizar los servicios locales en cuanto fueran escasos y exageradamente de menor calidad y de mayor precio que los extranjeros (Colunga, 1995, en Martínez, 2004).

El 16 de diciembre de 1986, en un esfuerzo por detener la inflación que en dicho año alcanzó el 159%, el gobierno mexicano formalizó la apertura de fronteras, iniciando un abrupto y rápido proceso de incorporación a la más desarrollada y competitiva economía mundial. A partir de ese momento, los clientes experimentaron la calidad de productos y servicios muy por encima de los que se nos venían ofreciendo hasta entonces (Colunga, 1995, en Martínez, 2004).

Hoy en día, con el acuerdo de libre comercio entre México, Estados Unidos y Canadá (TLC), los consumidores de estos mercados cuentan con más opciones que nunca. México debe de asegurar que sus productos y servicios sean de la más alta calidad para poder competir con la preferencia de estos clientes (Cohen, 1994, en Martínez, 2004). En este mismo sentido, González (1994, en Ruiz & Saldaña, 2003), menciona que las empresas mexicanas no podrían competir en los mercados internacionales si no mejora en áreas como: calidad, productividad y distribución.

Siguiendo con esto mismo, Municio (2000, en Rojas, 2007) menciona que, el costo de la calidad en las empresas mexicanas es superior a la de los países desarrollados; en México representa por lo menos el 30% de las ventas totales de la compañía. En cambio, en Japón representa solo el 4%, en Canadá 15% y E.U. 13%. Los factores que afectan a las compañías mexicanas en su deseo

por tener y lograr la calidad en sus negocios son: la burocracia y la falta de eficiencia.

Muchos de los problemas de imagen de calidad en países como México, han sido provocados por las políticas de economía cerrada y la falta de competencia a la que se enfrentaron a las empresas. Una vez que la economía se abrió, el país se encontró en medio de un mundo altamente competitivo, y se vio forzado a mejorar rápidamente la calidad en sus productos y servicios (Gutiérrez, 1994, en Ruiz & Saldaña, 2003).

Por esta misma razón es que (Palacios, 2006) presenta algunas sugerencias para implantar programas de calidad. Por medio de la consultoría y la formación de *masters* en ingeniería de calidad, se ha comprobado que el éxito de la implantación de un programa de mejora continua depende de al menos de algunas de las variables siguientes:

1. El trabajo en equipo.
2. El apoyo del director general al programa.
3. La cantidad de recursos que esté dispuesto a invertir.
4. El programa de capacitación e involucramiento de personal.
5. La política de incentivos al personal cuando se obtenga las metas esperadas.
6. La formación “generalista” del facilitador y la humildad para reconocer sus limitaciones.
7. La disponibilidad para aprender y enseñar a otras organizaciones.
8. El conocimiento de la infraestructura actual de la calidad.
9. “Volver a aprender”.
10. Capacidad de la organización
11. “Inversión que se haga en la gente” para que cuente con herramientas.

El logro de la calidad por parte de los empresarios mexicanos es un reto y permitirá que los consumidores puedan adquirir productos con un elevado nivel de confiabilidad. El posicionamiento se logra mediante el convencimiento del público que podrá estar seguro que los procesos del servicio han sido elaborados bajo un estricto control de calidad asegurando el bienestar, la seguridad y la confianza de los consumidores mexicanos (Rojas, 2007).

Hoy en día todos los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo cada uno en cierta medida están inmersos en la consecución de la calidad, están preocupados por la estandarización de los procesos de la calidad y la mejora continua. Lo que buscan no es sólo eficientizar para ampliar su mercado dentro y fuera del país, si no buscan el ser reconocidas y aceptadas en el mercado internacional. Sus energías están concentradas en la consecución de la calidad y en la búsqueda de la excelencia (Martínez, 2004).

2.4 Servicio

Es importante recordar que la mayoría de las organizaciones públicas ofrecen servicios. El nombre de servicio se asocia con aquellos bienes con predominios de elementos intangibles, entre los que se distingue el contenido de servicio que es aquello que se entrega al usuario (Larrea, 1999, en Palacios, 2010).

Actualmente existe una frase que se ha vuelto típica en nuestra sociedad, la cual dice: “vivimos en una economía de servicios” (Martínez & Sánchez, 2001). Fue en 1940 cuando por primera vez el economista Collin Clark clasificaba las actividades económicas en tres sectores: primario (agricultura), secundario (industria) y terciario (servicios). En los últimos años en este último sector se ha visto un crecimiento importante, esto es debido al crecimiento de la población.

Para el segundo trimestre de 2010 de 47 millones de personas económicamente activas (PEA) el 59% se encuentra concentrado en el sector de servicios (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010) con esto nos podemos dar cuenta de que las empresas se concentran más aun en el sector de los servicios, ya que la apertura comercial ha permitido la llegada de muchas empresas extranjeras y el mercado interno ha crecido, lo que genera que la mayoría de éstas ofrezcan los mismos productos lo que provoca que no se puedan distinguir entre sí, la única forma de diferenciarse es el servicio.

Pael (1999, en Martínez de Alva 2004), asegura que cada empresa tiene una orientación fundamental que constituye la razón principal de su existencia, en virtud de la cual se deriva todas sus políticas y procedimientos, que además determina el tipo de conocimientos y las actividades de sus empleados a todos los niveles. Hay empresas que están orientadas hacia el producto, otras están orientadas hacia el beneficio y las terceras están orientadas hacia el cliente, tal es el caso de los hospitales gubernamentales.

2.4.1 Definición de servicio

Podemos entender por servicio “una mercancía intangible; que no se toca, no se palpa, y que generalmente no se experimenta antes de la compra, pero muy importante es que permite satisfacer necesidades de los clientes”. El sustantivo español *servicio* denota la acción o efecto de servir, estar a disposición de una persona, organización, o estado que está destinado a satisfacer necesidades públicas (Martínez & Sánchez 2001).

Para Kotler (1991), “servicio es todo acto o función que una parte puede ofrecer a otra”, por el contrario para Colunga (1995) el servicio es “el trabajo realizado por otra persona” (Rojas, 2007).

El servicio está muy enfocado a satisfacer las necesidades de un usuario que ocurre en una inter-relación entre el prestador de servicio y el usuario, según Caballero y Arellano (2002) el servicio debe ser principalmente flexible y creativo, mediante el esfuerzo sincero. Por otra parte Evans (2000), menciona

que el servicio es el conjunto de actividades humanas que entrelazadas interactúan para satisfacer una necesidad (Rojas, 2007). Colunga (1995, en Rojas, 2007) propone que toda empresa de servicios, generalmente presta tres clases de servicios: servicio principal, servicios periféricos y servicios de valor agregado:

- a. **Servicio principal:** es el servicio más importante que presta cada organización, la razón de su existencia, el servicio que proporciona mayores ingresos, por ejemplo el servicio principal en una Unidad de Medicina es la consulta externa, el sanar a los enfermos.
- b. **Los servicios periféricos:** son los otros servicios que presta la empresa y que completamente o se relacionan con el servicio principal, siguiendo con el ejemplo de la Unidad Médica podemos decir que los servicios periféricos son el archivo clínico, el laboratorio, la farmacia.
- c. **Los servicios de valor agregado:** son aquellos libres de costo que acompañan al servicio principal y/o periféricos y cuya función es el incrementar el valor de los mismos. Cuando éste se presta a los usuarios el servicio principal o periférico, su costo va incluido en el pago de estos últimos servicios. En el hospital el servicio de valor agregado sería la amabilidad con que se atiende a los pacientes.

Un servicio existirá mientras una parte ofrezca alternativas de satisfacción a una determinada necesidad de los clientes, con mayores conveniencias que si el cliente lo hiciera por sí mismo y otra parte tenga capacidad y disposición para pagar por dicha satisfacción (Colunga, 1995, en Martínez & Sánchez 2001). El servicio es realizado gracias a medios humanos o materiales puestos a disposición de un cliente individual o colectivo, según procesos y comportamientos codificados que juntos tienen un valor económico.

2.4.2 Triángulo del servicio

Un modelo fundamental del servicio, es precisamente el triángulo del servicio, ya que desempeña un papel importante en la ejecución de la asistencia, en cualquier tipo de organización.

Es de gran importancia mencionar que el triángulo del servicio es una forma de diagramar la interacción creativa de 3 elementos que trabajan en conjunto, ya que de esta forma se podrá mantener un alto nivel de calidad del servicio (Albrecht, 1990, en Martínez & Sánchez, 2001).

Albrecht y Zemke (1991) mencionan las tres características que conforman el triángulo del servicio, que a su vez ayuda a mejorar los servicios en las organizaciones:

1. **Una estrategia de servicio bien concebida.** Las mejores organizaciones han descubierto, inventado o desarrollado una idea unificadora sobre lo que hacen. Este concepto del servicio o estrategia del servicio orienta la atención de la gente de la organización hacia las prioridades reales del cliente. Este concepto- guía encuentra el camino hacia todo lo que hace la gente. Se convierte en un grito de alerta, una especie de evangelio y en el meollo del mensaje que se va a transmitir al cliente.

2. **Personal que tiene contacto con el público.** A través de algunos medios, los directivos de esas organizaciones han estimulado y ayudado a los empleados a mantener su atención fijas en las necesidades del cliente. Un subalterno es capaz de mantener un foco de atención “alejado del mundo”, enterándose de la situación actual del cliente, su estado de ánimo y necesidades. Esto conduce a un nivel de sensibilidad, atención y voluntad de ayudar, que impacta la mente del cliente como algo superior y le infunde el deseo de contratarle a otros y volver por más.

3. **Sistemas amables para el cliente.** El sistema de prestación de servicio en que se apoya el empleado, está verdaderamente diseñado para la conveniencia del cliente y no para la conveniencia de la organización. Las instalaciones físicas, las políticas, procedimientos, métodos y procesos de comunicación, todo lo dice el cliente: “todo este aparato está aquí para satisfacer sus necesidades” (Martínez & Sánchez, 2001).

Estos 3 elementos anteriores en conjunto son la estrategia del servicio, aunque claro llevarlos a la realidad, muchas veces es una tarea difícil. (Ver Fig. 3)

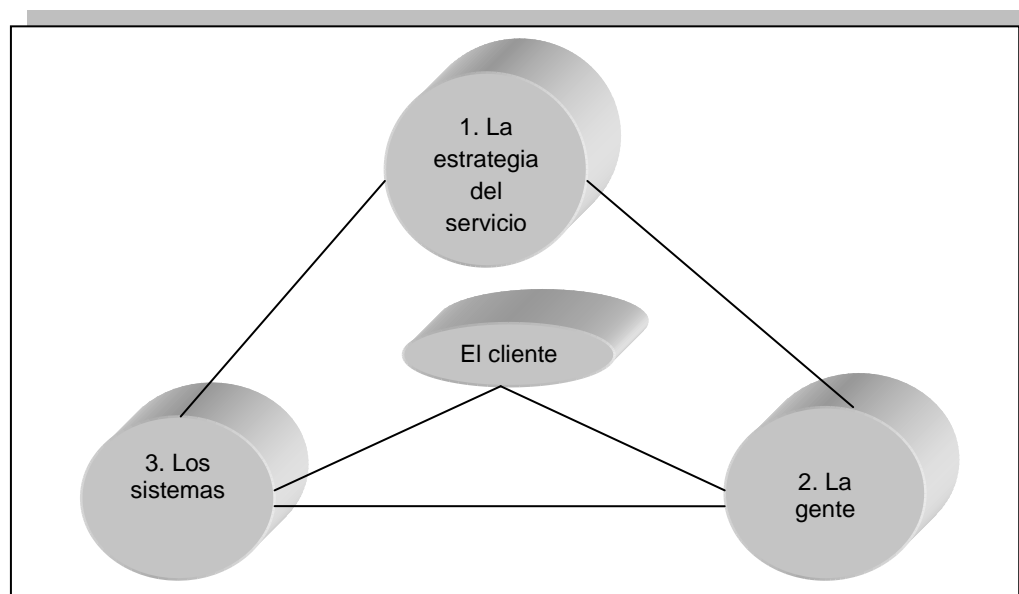


Fig. 3 Triángulo del servicio tomado de (Albrecht & Zemke, 1991)

Cada una de las líneas del diagrama puede representar una dimensión importante de impacto (Albrecht & Zemke, 1991).

- ✓ Cliente-la estrategia: representa la importancia decisiva de establecer la estrategia del servicio alrededor de las necesidades y motivos medulares del cliente.
- ✓ Estrategia-cliente: representa el proceso de comunicar la estrategia el mercado.
- ✓ Cliente-la gente de la organización: es el punto de contacto, la continuación de la interacción que responde por la mayor parte de los momentos de verdad.
- ✓ Cliente – sistemas: cuando el interés del cliente se trata como una idea tardía en el diseño de sistemas de prestación de servicios, virtualmente la situación se programa para la mediocridad y la insatisfacción.
- ✓ Estrategia – sistemas: sugiere que el diseño y el despliegue de los sistemas físicos y administrativos se deben deducir lógicamente de la definición de la estrategia de servicio.
- ✓ Estrategia – gente: sugiere que las personas que presten servicio necesitan disfrutar de una filosofía claramente definida por parte de la gerencia, sin cierto sentido de un enfoque, claridad y prioridad, es difícil para ellos concentrar su atención en la calidad del servicio.
- ✓ Estrategia – gente: sugiere que las personas que prestan servicio necesitan disfrutar de una filosofía claramente definida por parte de la gerencia, sin cierto sentido de un enfoque, claridad y prioridad, es difícil para ellos concentrar su atención en la calidad del servicio.

2.4.3 Servicio interno

Albrecht (1992) dice la siguiente frase: “si usted no está sirviendo al cliente, mejor sería que sirviera a alguien que lo fuera”, la frase anterior se refiere al servicio interno, es decir prestar servicio a quienes se encuentran dentro de la organización, al mismo tiempo esto implica que exista el trabajo en equipo y cooperación en toda la organización, para asegurarse que la calidad del servicio sea eficiente.

Con esta frase Albrecht (1992) quiere que las personas comprendan que todos estamos en el mundo del servicio, no solamente los que tratan directamente con el público. Por ejemplo en un Hospital, los actores principales son los empleados en contacto con los pacientes, ya que son ellos los que están entablando la relación con el cliente, pero el éxito que se obtenga también depende de la colaboración de los empleados de otras áreas, que también deben hacer sus actividades para asegurar la calidad en el servicio, ya que tanto los empleados en contacto, como los que se encuentran en otras áreas.

Es por eso que Albrecht (1992) también propone el triángulo del servicio interno: en donde se coloca al empleado en el centro quienes son los clientes

de la gerencia y se muestra que son necesarios tres elementos definitivos e indispensables para lograr su consagración al servicio del cliente externo:

1. Cultura

La cúspide del triángulo del servicio interno tiene que ver con la cultura de la organización. Cultura para el empleado. Es el mensaje fundamental de servicio que debe existir ahí, a fin de permitir a la gente asumir el compromiso personal necesario para entender la calidad con el cliente.

2. Liderazgo

Indica que los empleados necesitan liderazgo de sus gerentes. El liderazgo le da a los empleados lo mismo que éstos dan a los clientes externos: atención personal y esmerada para sus necesidades como individuos.

3. Organización

La organización, le da lo mismo a los empleados que los sistemas de servicio le da al cliente: apoyo.

La cultura, el liderazgo y la organización tienen que aspirar a que los empleados de la línea de contacto sean efectivos hasta el máximo. La gente del servicio interno puede alinear sus recursos detrás de la gente del servicio externo, la cual tiene que cuidar porque todo salga bien para el cliente en los momentos de verdad (Albrecht, 1992). (Ver Fig. 4)

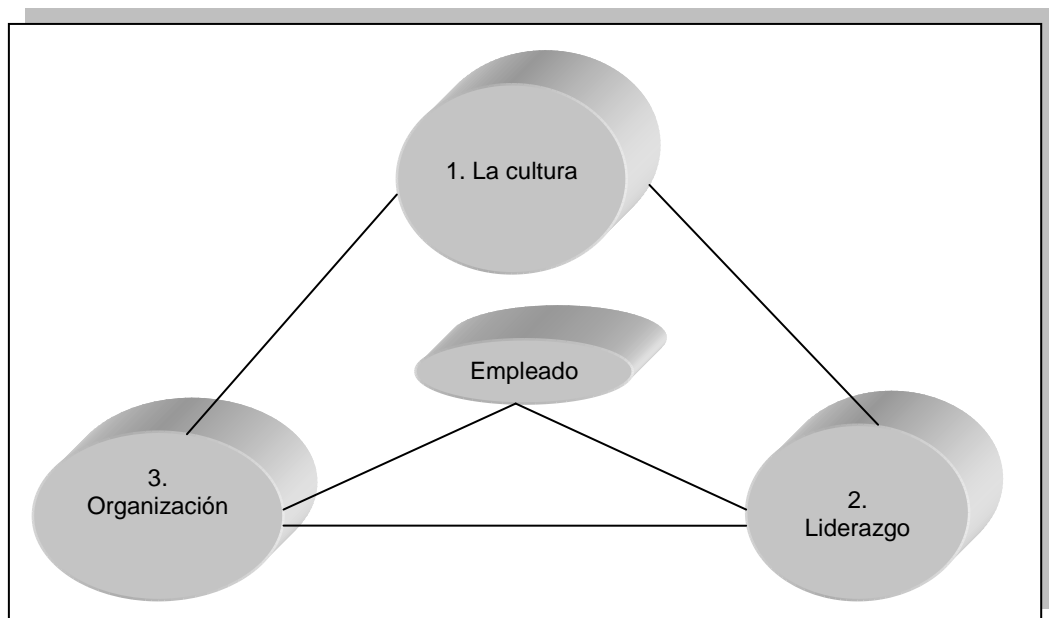


Fig. 4. Servicio interno tomado de Albrech (1992).

2.4.4 Características del servicio

Es importante hacer la diferencia entre el producto y servicio para no confundirlos (Feketekuty, 1990, en Martínez & Sánchez, 2001), a continuación algunas características:

Productos	Servicios
El producto industrial suele ser concreto.	El servicio es inmaterial.
Los vendedores y compradores pueden almacenar el producto.	El servicio no se puede almacenar.
Se puede revender.	No se puede revender.
El contacto indirecto entre el cliente y la empresa es suficiente.	En la mayoría de los servicios es necesario el contacto directo.
El producto industrial es exportable.	Un servicio no es normalmente exportable, aunque si lo sea el sistema seguido para su prestación.
Es posible hacer una demostración del producto antes de cerrar la compra.	No es posible hacer una demostración efectiva del servicio (ya que no existe antes de la compra).

Gómez (1991, en Rojas 2007) menciona que los servicios presentan diversas características, algunas coinciden con las mencionadas en las definiciones de servicio, entre las cuales:

- ✓ **Intangibilidad:** esto significa que un servicio no se puede apreciar con los sentidos antes de ser adquirido; la intangibilidad de los servicios tiene sus implicaciones ya que estos no pueden ser probados antes de adquirirlos, posiblemente esta característica sea la que mas defina a los servicios y la que supone un mayor riesgo percibido para los consumidores, o tal vez el temor de verse insatisfecho tras la adquisición de servicios.
- ✓ **Ausencia de propiedad:** los compradores de servicios adquieren un derecho, pero no la propiedad del servicio. Los consumidores pagan el uso, el acceso o alquiler, pero no compran la propiedad.
- ✓ **Inseparabilidad:** implica que el servicio depende directamente de la fuente (persona o máquina) que lo presta, la producción y el consumo son simultáneos, esto significa que son en el momento (Prieto, 2005).
- ✓ **Caducidad y fluctuación de la demanda:** quiere decir que los servicios no se pueden almacenar. Si un servicio no se usa cuando está disponible, la capacidad de servicio se pierde. Además, el mercado de servicios oscila por temporadas, por días de la semana y por horas del día.

- ✓ **Heterogeneidad o inconsistencia:** esta característica se refiere a que es difícil estandarizar los servicios, es decir, un mismo servicio puede variar según quien lo proporcione ya que lo brindan recursos humanos. La inconsistencia de los servicios tiene mucha importancia, porque los consumidores encuentran más dificultades para valorar y hacer comparaciones de la calidad de los servicios antes adquiridos. La heterogeneidad o inconsistencia de los servicios incrementa el riesgo percibido.

Por otro lado Prieto (2005) agrega una característica y cuatro atributos más a lo antes ya mencionado:

- ✓ **Variabilidad:** el servicio puede variar dependiendo de quién y cuándo se preste, por eso es importante la actitud del funcionamiento hacia la satisfacción del usuario.

Atributos:

- ✓ **Oportunidad:** el servicio se debe ejecutar dentro del plazo exigido por el cliente.
- ✓ **Confiabilidad:** el servicio debe ser exacto, preciso, seguro y veraz.
- ✓ **Amabilidad:** el servicio debe ser agradable, gentil y humano.
- ✓ **Agilidad:** el servicio debe ser rápido, pronto, sencillo y oportuno.

Cabe mencionar que aunque estas características de los servicios se han descrito puntualmente, no significa que todas las anteriores se presenten simultáneamente.

A manera de conclusión podemos decir que los servicios tienen consecuencias y no forma, son intangibles, un punto muy importante es que no hay producción de servicios sin la participación del cliente, la creación de valor a lo largo del procesos de producción tiene lugar a través de variables que muchas veces son las precepciones subjetivas que cada persona tiene acerca del servicio. Y por ultimo además de una actividad económica, es un sistema de relaciones sociales.

2.4.5 Cultura de servicio

En tiempos anteriores, se consideraba al servicio sólo como una sonrisa y el buen trato del proveedor; hoy el servicio ha llegado a ser la ventaja competitiva, al igual su importancia con la calidad de éste.

Menciona Saldaña y Ruiz (2003) que la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades y actitudes positivas es el mejor camino para lograr cambios perdurables en la cultura de una empresa. Es por eso que hoy en día muchas organizaciones están preocupadas por crear una cultura hacia el servicio o hacia la calidad total, ya que esto les ayudará para alcanzar una mayor competitividad y mayores niveles de rentabilidad.

Para empezar podemos definir a la cultura como el conjunto de creencias, valores, filosofía, normas, procedimientos y sobre todo el clima de trabajo que tiene una organización (Plancarte, 1997), sin dejar de lado que la cultura es diferente en cada empresa, y es necesario que cada miembro de la dicha organización la conozca, la acepte y la incorpore a su comportamiento.

Según Müller (2001) existen factores importantes en la adquisición de una nueva cultura de servicio:

	Significa que la gente	Requisitos
Querer	Quiere dar un buen servicio Haga suyos los nuevos valores Quiera modificar su comportamiento para dar un servicio de calidad Se identifique con la empresa y con la nueva cultura.	Alto nivel de satisfacción de necesidades individuales Nuevos valores claros Actitud de servicio
Saber	Sepa dar un buen servicio Tenga la experiencia, conocimientos y las habilidades necesarias para desempeñar su nueva función orientada al cliente.	Experiencia Adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para lograr los nuevos estándares Desarrollo permanente Comunicación clara Constante Retroalimentación.
Poder	Pueda ofrecer un servicio de calidad Haga su trabajo en la forma que se espera, con el apoyo de los factores del entorno.	Filosofía y políticas congruentes con la nueva cultura Sistemas que le apoyen a hacer realidad la nueva actuación Productos que reúnan los nuevos requisitos de servicio.

Por otro lado Quijano (2003) menciona algo muy importante; la falta de trabajo en equipo disminuye la productividad de la organización y perjudica el servicio, es por eso que dice que es necesario detectar si en la organización existe una cultura en el servicio interno, y para esto es necesario hacerle saber al personal como ya se había mencionado antes sobre el servicio interno, y que de esta manera pueda existir la cultura de en el servicio interno.

La cultura mantiene unida a la organización al proporcionar normas y valores que les permite a los miembros saber qué hacer y cómo, guiando las actitudes y el comportamiento, es por eso que el creciente cambio de nuestro tiempo, ha obligado a las empresas al desarrollo de una cultura en el servicio y que éste se pueda ofrecer con calidad, con la finalidad de que tenga una mayor competitividad.

2.5 Calidad en el servicio

En la actualidad las personas buscan cada día más una cierta mejoría en la calidad de los servicios que ofrecen las empresas. La calidad en el servicio que brinda una empresa es un factor de fundamental importancia para lograr su prestigio y supervivencia en el mercado.

En líneas anteriores ya se definió el término de calidad y servicio, y como se pudo observar pueden tener muchos significados y su definición puede depender de la aplicación en el contexto que se vea, pero siempre la calidad y el servicio se van a basar en otorgar al cliente lo que necesita y en el momento en que lo espera.

Donald S. Lundy (1989, en Martínez de Alba, 2004) afirma que la calidad en el servicio es el gran diferenciador, que atrae y mantiene la atención del cliente, ya que ni la originalidad de los productos es sustituto de la calidad del servicio.

Es por eso que la distinción entre organismos que ofrecen productos similares, no se basa en la baja de precios para alcanzar un crecimiento en el mercado, sino el de ofrecer un nivel de servicio notablemente mejor, por lo tanto es de gran importancia el desarrollo de una cultura de servicio como ya se menciono antes.

Martínez de Alba (2004) dice que la calidad en el servicio es la satisfacción de los deseos de los clientes, la superación constante de sus expectativas. Las expectativas del cliente sobre las organizaciones de servicio son claras y contundentes.

Para poder entender de una manera más clara lo que es la calidad en el servicio empecemos definiéndola.

2.5.1 Definición de Calidad en el Servicio

Unificando los términos calidad y servicio, se puede definir la calidad en el servicio como: “grado de mejoramiento que se establece en forma previa, para satisfacer al cliente a través de un conjunto de prestaciones” (Reza, 1995, en Rojas, 2007).

Müller (1999, en Palacios, 2010) menciona que la calidad en el servicio consiste en que el servicio vivido es igual al servicio esperado, mejorar la calidad del servicio generalmente no cuesta más y lo percibe el usuario, la cultura de calidad de servicio crea lealtad del cliente hacia las empresas y hacia su persona.

Para Colunga (1995, en Arellano & Caballero, 2002) hay dos escalas primordiales que constituyen la calidad en el servicio al usuario, la de procedimientos que consiste en los sistemas y métodos establecidos para ofrecer productos y/o sistemas. Y la escala personal, la cual es la manera en

que el personal de servicio (haciendo uso de sus actitudes, conductas y aptitudes) se relaciona con los clientes.

Por otra parte Grönroos describe la calidad de servicio como una calidad técnica y funcional. La primera se basa en lo que el cliente obtiene, mientras que la segunda está relacionada con el proceso. Por tanto un servicio se considera de calidad si presenta calidad en su producción y si el cliente recibe la calidad que esperaba, en gran medida influido por la interrelación entre el cliente y el personal de la organización que le proporciona el servicio (Grönroos, en Miranda 2007).

Ferrer (2002, en Rojas, 2007) refiere que brindar un servicio con calidad es una buena estrategia para lograr la satisfacción total del cliente, ya que con esto se está cubriendo lo mayormente posible sus necesidades y expectativas.

Por otro lado, algunos autores refieren que para ofrecer un servicio de calidad es necesario que el prestador de servicio cubra ciertas características; por ejemplo William (1992) plantea 4 pasos fundamentales:

- 1) Transmitir una actitud positiva
- 2) Identificar las necesidades
- 3) Ocuparse de las necesidades del cliente
- 4) Procurar que se repita la transacción

También se pueden mencionar algunos factores que ayudarán a la percepción de una buena calidad en el servicio, y al mismo tiempo satisfacer las necesidades del cliente:

- ✓ Fiabilidad: hacer las cosas a la primera
- ✓ Capacidad de respuesta
- ✓ Cortesía
- ✓ Competencia
- ✓ Seguridad
- ✓ Credibilidad
- ✓ Comprensión y conocimiento del cliente (Palacios, 2010).

De diferente manera también se puede ver la calidad en el servicio basado en la satisfacción del cliente según Horovitz (en Rojas 2007) dice que la calidad de servicio es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar, para satisfacer a su mercado meta. De esta forma se considera que la calidad en el servicio se traduce en lo que el cliente desea.

El prestar un servicio de calidad permite diferenciarse de la competencia y obtener, una ventaja competitiva sobre ella, también lograr una confianza de los clientes (Kottler, 1991, en Rojas, 2007).

Para los fines de este trabajo, cada una de las definiciones anteriores aporta elementos de gran importancia para definir calidad en el servicio, ya que pueden contribuir dentro de la capacitación a interiorizar en el personal, la

actitud de servicio que demanda la ciudadanía de las instituciones públicas, tal es el caso de los Hospitales de Gobierno.

2.5.2 Características de la calidad en el servicio

Ya se dijo anteriormente que prestar un servicio de calidad permite diferenciarse de la competencia y obtener, en consecuencia, una ventaja competitiva sobre ella y que a su vez se logrará la confianza de los clientes, por esta misma razón es necesario tomar en cuenta algunos elementos o características para poder brindar un servicio de calidad.

Hace ya algunos años, Flipo (1993, en Arrellano, 2002), señalaba como factores determinantes de la percepción de un buen servicio o servicio de calidad los diez siguientes:

1. fiabilidad (hacer las cosas bien a la primera)
2. capacidad de respuesta
3. tangibilidad
4. cortesía
5. competencia
6. seguridad
7. credibilidad
8. accesibilidad
9. comunicación
10. comprensión y conocimiento del cliente.

Dicho lo cual, los investigadores Parasuraman, Zethaml y Berry (Rojas, 2007), elaboraron una lista de los principales determinantes de la calidad del servicio, llamados a este trabajo características de la calidad en el servicio. Dichos investigadores encontraron que los consumidores usan básicamente criterios similares sin importar el tipo de servicio. Los criterios son los siguientes:

- ◆ **Acceso:** El servicio es de fácil obtención, en ubicaciones y horarios convenientes y con poca espera.
- ◆ **Comunicación:** El servicio se describe con exactitud en el lenguaje del consumidor.
- ◆ **Competencia:** Los empleados poseen las habilidades y conocimientos requeridos.
- ◆ **Cortesía:** Los empleados de la organización son amistosos, respetuosos y considerados.
- ◆ **Credibilidad:** Los empleados de la organización son confiables y se interesan mucho por el cliente.
- ◆ **Responsabilidad:** El servicio es desempeñado en forma consistente y con exactitud.

- ◆ **Sensibilidad:** Los empleados responden con rapidez y creatividad a las solicitudes y problemas del cliente.
- ◆ **Seguridad:** El servicio está libre de peligro, de riesgo y de duda.
- ◆ **Comprensión y conocimiento del cliente:** Los empleados se esfuerzan en comprender las necesidades del cliente y en proporcionarles atención individual.

Proporcionar un servicio implica necesariamente la ejecución de conductas complejas, para ello se requiere contar, además de los conocimientos específicos necesarios acerca del producto o servicio que se ofrecen, con las habilidades interpersonales apropiadas para incursionar en el proceso de encuentro con el cliente. Por esa razón es que William (1992, en Mendoza, 2000), señala que es necesario que el prestador del servicio cumpla con ciertas características y plantea cuatro pasos fundamentales: 1) Transmitir una actitud positiva, 2) Identificar las necesidades del cliente, 3) Ocuparse de las necesidades del cliente y 4) Procurar que se repita la transacción.

Por otra parte, Martínez de Alva (2004), describe a detalle algunas características ya antes vistas, pero propone otras tantas:

Confianza: Es la relación formal y exacta del servicio prometido, implica cumplir la promesa de servicio. La empresa que logra un alto nivel de confiabilidad aquella que:

- Ofrece un alto y constante nivel de consistencia en la confiabilidad de sus prestaciones.
- Entrega el servicio correcto desde el primer momento.
- Cumple siempre las promesas que hace.
- Entrega siempre el servicio en la fecha y momentos prometidos.

Profesionalidad: Los empleados poseen las habilidades y conocimientos necesarios para:

- Prestar de forma correcta el servicio.
- Resolver las situaciones imprevistas que plantean los clientes.
- Aconsejar, de la forma más eficaz posible a los clientes.
- Mantener eficaces y satisfactorias relaciones personales con los clientes.

Seguridad: La competencia y cortesía del personal de servicios infunden confianza en el cliente. Cuando los clientes tratan con personal de servicio que son tanto agradables como entendidos, sienten la tranquilidad de estar negociando con la compañía apropiada. La cortesía sin competencia o la competencia sin cortesía no tienen el impacto positivo sobre el cliente que puede tener la combinación de estas características. Los clientes se mantienen siempre al margen de daños, riesgos y dudas.

Accesibilidad: Al cliente se le debe facilitar el contacto con la empresa.

Responsabilidad: Disposición y voluntad de los directivos y empleados para suministrar los servicios en el momento en el que los clientes los necesitan, no cuando la empresa lo considere conveniente. El deseo de servir pronta y eficazmente a los clientes implica hacer patente al cliente la importancia que tiene para la empresa. La responsabilidad también está en función de pequeñas cosas.

Tangibilidad: Es la parte “visible” de la oferta que indica la naturaleza del servicio interno. Los clientes tienden a buscar las cosas tangibles que les ayuden a juzgar el servicio, por ejemplo, instalaciones, equipos y apariencia del personal de contacto. Las cosas tangibles influyen en la percepción de la calidad de dos maneras:

- 4) Dan una idea de la naturaleza y de la calidad del servicio mismo.
- 5) Pueden afectar la percepción de la calidad del servicio directamente.

Una forma de transmitir la impresión de servicio de calidad es que parezca una operación de esa naturaleza. Esto significa prestar atención a detalles sin importancia aparente, pero que unidos, impresionan al cliente y a los empleados.

Empatía: Es el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar respuestas más adecuadas; es un compromiso de servicio, esmerado e individualizado que satisfaga sus necesidades.

Cortesía: Los empleados tratan a los clientes con atención, respeto, consideración y amistad.

Comunicación: Una empresa logra una buena comunicación con sus clientes cuando:

- Se comunica con ellos en un lenguaje que pueden comprender.
- Su personal está dispuesto a escuchar con paciencia y verdadera atención los problemas, quejas y reclamaciones de los clientes.

Un servicio de mayor calidad hará destacar a la organización en competencia y es ahí donde ésta debe de estar comprometida a proporcionar este servicio de calidad al cliente en beneficio de todos (personal de la organización, clientes y proveedores).

Otorgar un servicio, implica tener cuidado en detectar las necesidades de los clientes y tomar las acciones correspondientes para satisfacerlas de manera óptima, ya que éste tiene efectos de larga duración en el cliente.

Es por eso que Alberch y Zemke (1991, en Flores & Rosas, 2009), otorgan importancia al método para mejorar la calidad en el servicio que incluye cinco elementos:

Participación: Tiene tres significados importantes: 1) Reconocimiento de la gerencia de que existe la situación (diagnóstico), 2) Compromiso de la gerencia

que implica reconocer y comunicar la importancia de la calidad en el servicio. 3) La participación real de la dirección en la acción para lograr la solidaridad del empleo.

Evaluación: Definir los indicadores de calidad y aplicarlos, a fin de determinar lo alcanzado contra lo esperado.

Información: Objetiva, información de lo que el empleado debe alcanzar. Retroalimentación para confirmar o corregir la dirección del servicio otorgado.

Recompensa: Puede ser económica o de reconocimiento, es decir, prestar atención a los éxitos y fracasos de la gente, reconocer y recompensar tanto el esfuerzo como la realización de metas.

Continuidad: Es un compromiso de la alta dirección, la continuidad en el servicio, no como un programa si no como un sistema de vida.

Entonces se hace visible la necesidad de tomar en cuenta que los empleados forman parte de la organización y que de ellos depende que la calidad en el servicio sea la más adecuada para los clientes ya sean internos o externos, aunque para hacer esto posible es indispensable tomar en cuenta la misión y la visión de la organización misma que se hace parte de ellos al momento de aceptar el compromiso de cumplir con el objetivo en común al que está encaminado la organización (Flores & Rosas, 2009).

2.6 Calidad en el Servicio de Atención Médica

Es importante hacer un énfasis en este tema, ya que el presente trabajo se enfoca en la calidad de los servicios de atención médica, a continuación se darán varias definiciones para este tipo de calidad que diferentes autores han propuesto y se verá que dado a esto, es difícil llegar a una sola definición, pues no hay un único criterio que pueda agrupar todos los aspectos encontrados.

Lee y Jones (1933), refieren que la calidad en la atención médica es un concepto que no es absoluto sino que está relacionado con variantes de una sociedad a otra. Le dan un enfoque práctico caracterizado por el cumplimiento de tres parámetros que son: a) normativo, b) técnico e c) interpersonal. Este concepto integra a la calidad de la atención médica como un atributo propio de quien lo ejerce y que puede ser visto de diferente forma dependiendo de quién lo reciba. Engloba una conducta normativa y operativa que deben de ser congruentes con la conducta de los profesionales de la salud en este caso la medicina, no se limita al cumplimiento sólo de los criterios médicos, sino también de los criterios para normalizar dicha calidad (citado en Martínez & Sánchez, 2001).

Estos autores basan su concepto en las percepciones de la persona que recibe y la persona que otorga el servicio, así como también la noción de que una buena calidad en la atención médica no es solo que los médicos tengan el conocimiento necesario si no que va más allá de eso.

Esselstyn (1987, en Varo, 1994), propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el grado en el que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático. Este autor contempla la disponibilidad, que subraya el carácter de servicio de la asistencia médica, los usuarios de servicios no compran la propiedad sino el uso, la aceptabilidad o satisfacción del cliente y el registro de la asistencia prestada (Flores & Rosas, 2009).

Por otro lado Aguirre (1991), concibe a esta calidad como “el otorgar atención al usuario conforme a las normas, conocimientos médicos y tecnología vigentes en cada hospital, con accesibilidad a los servicios, oportunidad, trato profesional y amable información sobre el proceso y resultados de la atención, que permite al usuario y al prestador de servicios mejorar la calidad de vida” (Martínez & Sánchez, 2001).

Una definición más desarrollada es la propuesta por Ruelas y Querol (1994, citado en Palacios, 2010, p. 68), quienes dicen:

“La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios. Estos beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y a los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma”.

De forma similar la OMS, propone que la calidad de la asistencia médica sanitaria es:

“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente, los del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (Flores y Rosas, 2009, p.99).

En 1987, el IMSS estipula que la calidad inicia y termina con la satisfacción del usuario, que comprende a su vez la interrelación de efectos previos para lograr con ellos los siguientes objetivos: mejoría continua, el liderazgo, el desarrollo de programas de capacitación teniendo en la calidad una dimensión dirigida al cambio y con una estructura que parte con una orientación hacia el usuario y el cumplimiento con el liderazgo así como el trabajo en equipo. Haciéndose la medición de la misma a través de procesos para evaluar no solo el comportamiento y satisfacción del usuario, sino el comportamiento del prestador de servicios (Martínez & Sánchez, 2001).

A diferencia de las demás definiciones, está dada por el IMSS otorga especial empeño en la parte administrativa y hace referencia a que si desde ahí no se tiene una buena preparación difícilmente se podrá obtener la satisfacción de los usuarios.

Un autor renombrado por sus definiciones más utilizadas en el ámbito de los estudios de calidad en la atención médica, es Donabedian (1984), el sostiene

que la calidad es una propiedad y un juicio sobre alguna unidad definible de la atención médica, la cual puede definirse por lo menos en dos partes técnica e interpersonal. La atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad, es por tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

Por otra parte, la atención interpersonal debe llevar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. El nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones (Donabedian, 1984).

Donabedian, parte de la teoría de sistemas, que ayuda al desarrollo del estudio de la calidad con tres ejes:

- ◆ **Estructura:** Son las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan, incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica.
- ◆ **Procesos:** Comprende el conjunto de educación y formación académica, conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos que debe poseer el prestador de servicios en tanto mayor sea el grado de los mismos, en tanto más será el grado de calidad.
- ◆ **Resultados:** Se refiere al conjunto de relaciones interpersonales (humanas) entre el prestador de servicio y el usuario, con el prestador de servicios y las autoridades. Incluye además el proceso de dirección y liderazgo que ejerzan los directivos para cumplir los procedimientos administrativos, técnicos y académicos (Donabedian, 1984).

Se ha visto entonces que la definición de calidad es multidimensional, abarca desde los conocimientos indispensables, las cuestiones físicas que se deben de tener para dar una buena calidad hasta las habilidades interpersonales.

Aparte de Donabedian con su modelo anteriormente expuesto, existen otros autores más que nos mencionan cuales son los elementos que se tienen que tomar en cuenta para brindar una mejor calidad médica.

Horovitz en 1992 (en Rojas 2007), hace una definición más sencilla tomando como base dos elementos, interviene diciendo que la calidad en el servicio, "comprende dos dimensiones propias: la prestación que busca el cliente (expectativa) y la experiencia que vive en el momento que hace uso del servicio (realidad).

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

- ☑ **La posibilidad de opción:** Por ejemplo, la posibilidad de solicitar un servicio privado o público.
- ☑ **El precio del servicio:** La exigencia de calidad tiende a aumentar en relación directa con el precio.
- ☑ **El riesgo percibido al escoger el servicio:** que va unido a la imagen y prestigio de la organización. En particular, el grado de estimación que el cliente manifiesta hacia el servicio, la información favorable o desfavorable que reciba de otros clientes sobre determinado servicio, así como las experiencias pasadas del cliente.
- ☑ **El primer contacto del cliente con la empresa:** El momento de la verdad, es un episodio en el cual el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización sobre la calidad de su servicio.

O'leary (1992; en Palacios 2010), enuncia otros aspectos que intervienen en la calidad del servicio de la asistencia a la salud que son parecidos a los anteriormente mencionados:

1. **Accesibilidad a la asistencia:** grado de facilidad con el que el cliente obtiene la asistencia que necesita.
2. **Idoneidad de la asistencia:** grado correcto con el que se presta la asistencia de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos.
3. **Efectividad de la asistencia:** grado de aptitud y de impacto que tiene un servicio para satisfacer las necesidades que se le exigen.
4. **Eficiencia de la existencia:** grado con que la asistencia prestada, produce el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, de gastos o de pérdidas superficiales.
5. **Continuidad de la asistencia:** grado con la que la asistencia que precisan los pacientes, está coordinada entre los profesionales a través de la institución y a lo largo del tiempo. Implica la disponibilidad de recibir la asistencia o el servicio cuando éste es solicitado, de acuerdo a las especificaciones de la organización.
6. **La perspectiva del paciente:** grado de participación del paciente y sus familiares en el proceso de toma de decisiones y grado de conformidad con que juzgan la prestación de la asistencia, la cual puede ser influida por diversos elementos.

Siguiendo en la misma línea, como parte adicional a la teoría de Deming, sobre la calidad, Batalden y Vorlicky (en Flores & Rosas, 2009), del centro Investigación de los Servicios de Salud de Minneapolis, proponen 14 principios que pueden ser aplicados a la asistencia sanitaria para incrementar la calidad en la atención:

1. Establecer constancia en propósito del servicio:
 - a)** Definir en términos operativos, lo que se quiere decir por servicio a los pacientes.
 - b)** Especificarlos estándares del servicio para dentro de un año y para dentro de cinco años.
 - c)** Definir a los pacientes que usted trata de servir.
 - d)** La constancia en el propósito trae innovación.
 - e)** Innovar para dar un servicio mejor a un coste dado; planificación para el futuro requiere de nuevos elementos: habilidades, formación, personal, tratamientos, métodos y la satisfacción de los pacientes.
 - f)** Colocar los recursos para los mantenimientos del equipo, muebles y accesorios.
 - g)** Decidir frente a quien son responsables el administrador y el presidente del consejo y los medios por los cuales se harán responsables para trabajar hacia la constancia en el propósito.
 - h)** Traducir esta constancia en el propósito al servicio, a los pacientes y a la comunidad.
 - i)** El consejo de administración tiene que adherirse al propósito.

2. Adoptar la nueva filosofía. No se puede vivir más tiempo con lo niveles comúnmente aceptados de errores, materiales inadecuados para el trabajo, personas que no saben en qué consiste el trabajo, directivos que no entienden cuál es su trabajo, métodos anticuados de formación para el trabajo, supervisión inadecuada e ineficaz. La junta tiene que colocar recursos para esta nueva filosofía, comprometiéndose en la formación durante el servicio.

3. **a)** Exigir la evidencia de la calidad de los materiales en recepción, tales como los medicamentos, sueros y equipos. La inspección no tiene la respuesta, llega demasiado tarde y no fiable, por tanto no produce calidad. La calidad ya está introducida y se paga por ella.
 - b)** Exigir la acción correcta, cuando haga falta, para todas las tareas que se realizan dentro del hospital o en otra instalación y que va desde las facturas que se emiten hasta los procedimientos de registro. Instituir un programa rígido de retroalimentación desde los pacientes respecto de su satisfacción con los servicios.
 - c)** Buscar la evidencia de los receptores o defectos y el coste que pueden acarrear como resultado –una factura incorrecta, un registro incorrecto o incompleto.

Tratar con proveedores que pueden proporcionar la evidencia estadística del control. Esto supondrá que examinen las compras genéricas más baratas; hacer preguntas más incisivas acerca de los colegas futuros en cuanto a sus actuaciones y en los informes de sus actuaciones con los pacientes y colegas (Deming, 1989).

Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio.
Reestructurar la información.

- a) Desarrollar el concepto de tutor.

- b) Desarrollar más educación durante el servicio.
- c) Enseñar a los empleados los métodos de control estadísticos del trabajo.
- d) Proporcionar definiciones operativas de todos los trabajos.
- e) Proporcionar formación hasta que el trabajo del principiante alcance la fase de control estadístico y centrar la información para ayudar al principiante a conseguir el estado de control estadístico.

Mejorar la supervisión. La supervisión pertenece al sistema y es responsabilidad de la dirección.

- a) Los supervisores necesitan tiempo para ayudar a las personas en su trabajo.
- b) Los supervisores necesitan encontrar formas de trasladar la constancia en el propósito al empleo individual.
- c) Los supervisores tienen que aprender métodos estadísticos sencillos para ayudar a los empleados, con el objeto de detectar y eliminar las causas especiales de problemas. Necesitan información que indique cuando intervenir, no sólo las cifras que describen el nivel de producción y el nivel de los errores en el pasado.
- d) Centrar el tiempo de supervisión en las personas que están fuera de control estadístico y no en aquellas que están por debajo del comportamiento medio. Si los miembros de un grupo están de hecho bajo control estadístico, habrá algunos que estén por debajo y otros que estén por arriba de la media.
- e) Enseñar a los supervisores a utilizar los resultados de las encuestas a los pacientes.

Eliminar el miedo. Romper con las distinciones entre los trabajadores dentro de la organización, dejar de culpar a los empleados por los defectos del sistema. Las personas tienen que sentirse seguras de hacer sugerencias. La dirección tiene que hacer caso de las sugerencias. Las personas que hacen un trabajo no pueden trabajar con eficacia si no se atreven a preguntar cuál es el objeto del trabajo que hacen, y no se atreven a dar sugerencias para simplificar y mejorar el sistema (Flores y Rosas, 2009).

Derribar las barreras entre los departamentos. Conocer los problemas de los demás departamentos, estimulando los traslados de personal entre los departamentos relacionados.

Eliminar los objetivos numéricos, los eslóganes y los carteles que piden a la gente que lo haga mejor. En su lugar, colocar los logros obtenidos en lo que se refiere a la asistencia de los empleados para mejorar su actuación.

Eliminar los estándares de trabajo que establecen cupos, comúnmente llamados también trabajo diario medio. Los estándares de trabajo deben producir calidad, no cantidad. Es mejor fijarse en los reprocesos, errores y defectos y centrarse en ayudar a las personas a que lo hagan mejor. Es necesario que las personas entiendan el objetivo de la organización y como se relaciona sus trabajos con éste.

Instituir un programa masivo de enseñanza de las técnicas estadísticas. Ponerlas al nivel de trabajo de cada individuo y ayudarles a recopilar la información de manera sistemática acerca de la naturaleza de su trabajo. Este tipo de información durante el servicio debe estar ligado a la funcionalidad de la dirección, más que a la función de personal dentro de la organización.

Instituir un programa vigoroso de reciclaje para las personas que realizan nuevas tareas. Las personas tiene que estar seguras de que tendrán trabajo en el futuro y tiene que saber que la adquisición de las nuevas habilidades les facilitará esta seguridad.

Crear una estructura de alta dirección que trabaje todos los días. Esta dirección tiene que organizar una agrupación de fuerzas y recursos con la autoridad y la obligación de actuar (Flores y Rosas, 2009).

Estos 14 principios se deben de implementar con el objetivo de mejorar los resultados que se han examinado, ya sea para aumentar la calidad, para mantener o no reducir el nivel de calidad que se ha logrado. En consecuencia los resultados, la dirección, los prestadores de servicio y los usuarios se verán beneficiados con el solo hecho de documentar todos los procedimientos o pasos que se realizan en la institución. De contar con la disponibilidad, la comunicación y sobre todo la tolerancia entre compañeros y colegas, mismos que ayudarán a agilizar los trámites burocráticos que hacen los clientes internos y esto a su vez externa con los pacientes.

Es fundamental que se implementen sistemas de calidad en los hospitales, pero para ello es indispensable que la dirección esté de acuerdo y que esté dispuesta a llevarlo a cabo, considerando que son más los beneficios que se pueden obtener que los riesgos.

Lo más viable para las organizaciones es que sus productos o servicios sean referidos por sus clientes como de calidad, aunque en ocasiones las empresas sacrifican el tener un producto que cumpla con los requerimientos debido a diversos factores como son los económicos los cuales ocurren debido a que en ocasiones no es posible invertir en los productos por que la empresa no cuenta con los recursos necesarios ya que sus gastos se encuentran destinados para otros fines y el aumentar sus gastos podría afectar directamente en su utilidad, un factor más es el político ya que muchas veces las planes para la mejora de la calidad tienen que ser aceptados por los puestos directivos y en algunas ocasiones llegar a un acuerdo es complicado y más aún cuando la mayoría no están convencidos de los cambios que se quieren generar y esto a su vez lleva un tiempo considerado, por último un factor que no se puede dejar de lado es el personal, este tiene que ver con la propia motivación de las personas que colaboran para la empresa, ya que hay trabajadores que están dispuestos a colaborar para incrementar la calidad, pero existen algunos que no logran esforzarse o no están comprometidos para incrementarla (Deming, 1989).

Vemos entonces que es complicado lograr la calidad más no imposible, por eso es importante que las organizaciones valoren los costos- beneficios que pueden tener al realizar adecuadamente los planes para lograrla, por otro lado

armonizar los factores antes mencionados para que se pueda tener una mejor toma de decisiones.

2.7 Medición de la calidad en el servicio

Según, Laguna y Mendoza (1994, en Rojas, 2001), enuncian que para valorar la calidad de la atención médica, se puede emplear un enfoque multidimensional: medir la percepción y opinión del cliente, del trabajador y también del cuerpo directivo, esto nos permitirá establecer un Diagnóstico Situacional Operativo que facilitará a identificación de problemas.

La evaluación es la parte esencial de la planificación y la administración en salud basada en el análisis de los datos y en la experiencia medida. Entendiéndose la evaluación de los servicios de salud, como el proceso sistemático y científico para determinar el grado de acciones y alcanzar los objetivos predeterminados, esto incluye la medida de adecuación, efectiva y eficacia de los servicios de salud y de la posibilidad de reabordar prioridades y recursos con base en las necesidades cambiantes de la salud (Martínez & Hernández, 2001).

Con el propósito de llevar a cabo estas mediciones más cercanas a la percepción real de los usuarios, se ha considerado utilizar indicadores más subjetivos o abstractos, además de indicadores concretos, enfocándose en determinar las percepciones y actitudes del cliente sobre el servicio recibido, pues si se logra describir la percepción de la calidad en el servicio se tiene un elemento esencial para determinar la satisfacción del usuario. Del mismo modo es importante para la organización conocer la percepción y la actitud de los empleados, los usuarios internos, acerca de la calidad de su ejercicio profesional y de las áreas de su empresa de las cuales reciben algún servicio (Chávez, 2010).

La medición de la calidad en el servicio médico tiene características particulares, en general para medir la calidad de la atención médica, se aprecian dos dimensiones que anteriormente ya se habían planteado, la primera utiliza ciertos criterios técnicos, y la segunda es la medición sobre la dimensión interpersonal que mide aspectos más subjetivos de los usuarios.

Siguiendo con esto, Aguirre (1991, en Martínez & Hernández, 2001), propone una dimensión diferente que involucra tres distintos enfoques de los que ya hablaba Donabedian y que anteriormente se han descrito. Aguirre entonces, menciona que esta evaluación se puede llevar a cabo desde tres distintos enfoques; la estructura, el proceso y los resultados. Sin embargo, lo más importante es alcanzar el resultado que generalmente se expresa en la efectividad de las intervenciones.

Se puede decir entonces que si se cuenta con una adecuada estructura asegura el óptimo desarrollo de los procesos y por consecuencia se podrá obtener los resultados esperados. Pero la verdad es que por la naturaleza de los problemas de salud y de las organizaciones para la atención a la salud,

estas relaciones no son tan exactas ni determinantes, aunque existe una relación directa entre proceso y resultado, tampoco se puede decir que una depende de la otra.

Por lo antes mencionado, podemos decir que no es necesario enfocarse en solo uno de los elementos, sino que deben verse en conjunto, porque lo que se quiere es mejorar aquellos aspectos que recaen sobre el grado de efectividad de las intervenciones.

Aguirre (1997), propone algunos elementos para la evaluación de los procesos en la atención médica:

- Oportunidad en la atención.
- Atención integral.
- Satisfacción del prestador de los servicios.
- Enseñanza.

Y para la evaluación de los resultados de la atención médica incluye cinco elementos:

- 1) Capacidad resolutive del servicio
- 2) Morbilidad
- 3) Mortalidad
- 4) Satisfacción del usuario
- 5) Productividad y resultados de los programas vigentes.

En consecuencia, la calidad tiene una dimensión técnica que se refiere a la manera en que el personal médico utiliza los conocimientos y técnicas médicas para responder a las necesidades de salud de pacientes o usuarios. Por otro lado, la adherencia al tratamiento y la cooperación de los pacientes y sus familiares dependen en gran medida de la adecuada relación médico-paciente y no cabe duda que este aspecto es esencial para obtener resultados específicos (Martínez & Sánchez, 2001).

Es importante tomar en cuenta que para poder hacer una evaluación de la calidad, se necesitan indicadores o criterios que definan aquellos aspectos que se consideran fundamentales en los procesos para llevar a cabo una adecuada calidad médica y que con estos se aseguren buenos resultados, también se debe considerar que los indicadores diseñados para evaluar la calidad sean válidos, sensibles y específicos.

2.8 Costos por mala Calidad

Ya hemos hablado anteriormente que la calidad es sinónimo de excelencia, pero ¿qué pasa cuando las organizaciones no alcanzan el nivel de calidad exigido por los clientes? Esta es detectada rápidamente por los clientes y ocasiona su retirada y malestar, situación alarmante para cualquier organización que quiere permanecer en el mercado, por la dificultad para atraer

nuevamente a aquellos que se alejan ante el reconocimiento de problemas de calidad en los productos o servicios prestados.

Para empezar a explicar cuales son estos costos, es importante mencionar que primero se abordará aquellos relacionado con las empresas de productos, y segundo lugar nos dedicaremos a los costos en instituciones de salud.

Es necesario considerar que no aplicar la calidad ocasionaría determinados costos hacia la empresa, a estos costos se les llama "los costos de la mala calidad" el cual es definido como el costo incurrido para ayudar al empleado a que haga bien el trabajo todas las veces y el costo de determinar si la producción es aceptable, más cualquier coste en el que incurre la empresa y/o las expectativas del cliente (Harrington, 1990).

Según Campanella (1992) los elementos que abarcan los costos de la calidad son los siguientes:

Costos de prevención: son los costes de todas las actividades, específicamente diseñadas para evitar la mala calidad en productos o servicios.

Costos de evaluación: son los costes correspondientes a la medida, evaluación a auditoría de productos o servicios para garantizar la conformidad con las normas de calidad y los requisitos de comportamiento.

Costos de fallo: son los costes que resultan de productos o servicios no conformes con los requisitos o las necesidades del cliente/ usuario. Los costes de fallo se dividen en dos categorías, fallos internos y fallos externos.

a) Costos de fallo internos: son los costes de fallos que tienen lugar antes de la entrega o expedición del producto, o de proveer un servicio, al cliente.

b) Costos de fallos externos: son los costes de fallos que tienen lugar después de la entrega o expedición del producto y durante o después de proveer un servicio al cliente.

Los costos totales de calidad: es la suma de todos los costes anteriores. Representa la diferencia entre el coste real de un producto o servicios y el menos coste que tendría si no hubiese posibilidad de dar un servicio inferior, fallos de los productos o defectos en su fabricación.

Es importante considerar el costo en el que incurre la empresa por las fallas, repeticiones y errores en los procesos por no tener una adecuada calidad, se da la multiplicidad de procesos existentes en una empresa de salud y las posibilidades de errores en cada uno, el dinero perdido por no calidad, es considerable y por lo tanto, es imperativo conocerlos para poder establecer mecanismos para su control, con el fin de reducir los costos de operación, en busca de una mejor rentabilidad de la organización (Harrington, 1990).

Estos errores o problemas en los procesos que ocasionan gastos injustificados o fallas internas, anteriormente se habían mencionado que ocurren cuando los errores son detectados por la misma empresa, antes de ser entregado el producto o servicio a los clientes. La probabilidad de ocurrencia de estas fallas en número significativo por la multiplicidad de procesos en ejecución y las características de operación de la mayor parte de las empresas, como la alta rotación de personal entre otras, determina que los montos en dinero perdido son importantes, en actividades como las siguientes:

- Repetición de la factura
- Repetición de una cuenta
- Repetición de una atención médica o una cirugía
- Reproceso para corregir los soportes de la facturación en los servicios donde fue atendido el paciente
- Repetición de exámenes de laboratorio clínico
- Exámenes de laboratorio clínico que son realizados pero no se utilizan en el proceso asistencial del paciente, porque sus resultados salen cuando el paciente ya salió o se operó
- Exámenes de radiología no reclamados por los pacientes o no utilizados en la atención del paciente
- Atenciones repetidas por causas del paciente, la empresa o los prestadores
- Internación prolongada por infección nosocomial

Si bien es cierto, la corrección o repetición de estos procesos le cuesta a la empresa, el servicio o producto, puede entregarse al cliente en buenas condiciones.

Por otro lado, las fallas o errores de los procesos externos, que no son detectados en la empresa, sino que llevan a reclamaciones o glosas por los clientes, situación que puede ser incluso más alarmante, porque afecta seriamente la contratación próxima, el regreso del paciente a la empresa o la imagen corporativa, lo cual representa costos altos significativos, más representativos para el buen funcionamiento y la rentabilidad de la organización. Los siguientes son algunos ejemplos: (Arago, 2009)

- Glosas de facturas y cuentas por errores en los códigos, nombres, tipo de eventos cobrados o falta de los soportes establecidos
- Quejas por problemas en la atención de pacientes
- Reclamación de pacientes por mala atención
- Cancelación de procedimientos o cirugías
- Días de hospitalización producidos por infección nosocomial
- Exámenes de laboratorios repetidos o no utilizados para la atención del paciente, no entregados debidamente antes del egreso hospitalario del paciente.

Todos estos problemas llevan a la empresa a invertir considerables recursos humanos, físicos, tecnológicos, científicos para resolverlos, dejando sin embargo a los clientes con la percepción de que tenemos debilidades y problemas de calidad (Capanella, 1992).

Las consecuencias pueden ser más importantes y costosas que las ocasionadas por las fallas internas, porque adicionalmente pueden llegar a alterar la contratación futura o la demanda por nuevos clientes o lo que es peor, por los clientes actuales, no satisfechos con la atención recibida.

De mayor repercusión aún, es la consecuencia de las fallas en la atención, cuando se convierten en demandas judiciales y terminan en fallos de tutela o judiciales, con sanciones económicas a la entidad, en ocasiones, de importante monto en dinero, adicional a la pérdida de imagen y confianza que esto genera en los clientes (Harrigton, 1990).

Contar con un sistema de costos por proceso, permite conocer en forma sistemática, cuánto se invierte en la calidad de cada proceso y cuánto se gasta por las fallas en los mismos, lo cual dará una herramienta gerencial de gestión para la toma de decisiones de mejoramiento o control de costos y evaluar su impacto.

Si se adopta una metodología estándar para la medición de dichos costos en forma sistemática y confiable, la inversión en calidad deberá reflejarse en la reducción de los costos de No Calidad y a su vez, se estarán dirigiendo los procesos hacia el mejoramiento, con decisiones específicas de control y mejoramiento, basados en resultados cuantitativos que permitirán el análisis del comportamiento de dichos costos, frente a la toma de decisiones realizadas al respecto (Arago, 2009).

2.9 Estudios sobre la calidad en el servicio en Atención Médica

Para determinar si una institución de salud ofrece una buena calidad en la atención médica, es indispensable hacer mediciones que arrojen resultados fidedignos y confiables, esto a su vez ayudará a una mejor planeación con relación a los factores que se tienen que cambiar, mejorar o mantener para lograr la satisfacción del cliente.

Aguirre (1900), realizó una evaluación de la calidad en la atención médica, considera que es necesario tener en cuenta que la calidad en la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción de las expectativas de derechohabiente, de la institución y del trabajador mismo, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en las prestación de los servicios. Para tal efecto, se tomo una muestra de 33 hospitales del Distrito Federal y de los estados, de segundo y tercer nivel, disponiéndose de 735 encuestas a derechohabientes en consulta externa, 853 en hospitalización y 1353 trabajadores.

En consulta externa los porcentajes más elevados de insatisfacción se relacionaron con la información médica y relación médico-paciente, llamo el cumplimiento de la citas el 88%; en hospitalización los problemas principales se encontraron en la alimentación de los pacientes y la atención por Trabajo Social, con problemas en la relación médico-paciente y en la información médica, deficiente información al paciente a su ingreso en contraste con la

adecuada atención de Enfermería; los trabajadores manifestaron insatisfacción fundamental por el salario que perciben, inadecuación del área de trabajo, insuficiente apoyo institucional y falta de reconocimiento del jefe inmediato superior. La mayoría de los trabajadores manifestaron integración al equipo trabajo, reconocimiento de la trascendencia de la labor que se realiza y necesidad de capacitarse para mejorar su desempeño.

Según Aguirre, esta evaluación sistemática, apporto un elemento de juicio excelente para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la calidad y eficiencia en la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales.

En 1998 Nájera y Nigenda, hicieron un análisis de una encuesta Nacional de Salud (II) realizada en 1994 hecha a 3324 usuarios que acudieron a los servicio de salud. Se encontró el 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y el 18.8% mala. Los principales motivos que definieron a la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludido fueron: los largos tiempo de espera (23.7%), y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicio de seguridad social perciben 2.6% veces más frecuente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Por los usuarios, la calidad está presentada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%) y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%), y los tiempo largos de espera (11.8%).

Las conclusiones que llegaron estos autores fueron que los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua en la calidad en la atención.

González, López, Marín, Haro y Macías en el 2002, realizaron un estudio para identificar la satisfacción de trabajadores que acudieron a los servicios de salud en el IMSS en el noreste del Distrito Federal. Con base a una encuesta comparativa y prospectiva se aplicaron aleatoriamente a 600 encuestas con 23 ítems que exploraron las expectativas cumplidas de los usuarios, en relación con la atención recibida en 12 servicios de salud en el trabajo.

Los resultados que obtuvieron fueron que la media de la edad de los trabajadores encuestados fue de 31 años, de los cuales 65% pertenecía al sexo masculino; 49% refirió insatisfacción con los servicios otorgados; 41% correspondió a obreros y operadores de máquina en general. Las variables asociadas a la insatisfacción de los servicios prestados fueron: pertenecer al grupo de edad de 31 a 40 años, acudir por primera vez a solicitar atención y ser trabajador de servicios. Las conclusiones a las que llegaron fue que la identificación de la asociación entre la insatisfacción con las variables propuestas permitirá la promoción de actividades específicas que acerquen más a las expectativas de los trabajadores usuarios a los servicios otorgados por salud en el trabajo.

Siguiendo con la misma línea, en el año de 2004, Ortiz, Muñoz y Torres, realizaron una investigación acerca de la satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de la ciudad de México, usando como fundamento que dentro de las medidas de evaluación de la calidad se encuentran las evaluaciones del usuario y del desempeño. Por lo cual consideran que la satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes en dicha evaluación. Siendo su objetivo evaluar la satisfacción del usuario de los servicios institucionales del sector salud, a través de su opinión. El método que utilizaron fue a través de un estudio transversal realizado en 15 hospitales en el Estado de Hidalgo, México y se utilizó una encuesta anónima y confidencial. Los hallazgos encontrados fue que la insatisfacción fue del 15,06%. Por otro lado, la percepción de mala calidad asociada con la insatisfacción fue 10,8%. Mientras que el 18,5% refirió insatisfacción y deseo de no regresar a solicitar atención al mismo hospital, de éstos el 65% se asoció con mala calidad.

La insatisfacción se asocia con omisiones de información sobre su padecimiento, actitud poco amable del médico, trámite de consulta complicado, percepción de mala de la calidad, ser usuario subsecuente, ausencia de baño en la sala de espera. Por último las conclusiones a las que llegaron fue que la insatisfacción del paciente se relaciona con las omisiones en el proceso de la consulta, el mal trato por parte del médico y con la percepción de mala de la calidad de la atención, aspectos que sugieren ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa.

Mientras que Ponce, Reyes y Ponce (2006), publicaron un artículo donde describe los factores que intervienen en la percepción de la calidad en la atención de enfermería y los factores que influyen en la satisfacción laboral de la enfermera. Para la medición de la satisfacción del paciente se empleo un instrumento de 7 ítems, los resultados encontraron un índice global de 3.42 de satisfacción laboral; mientras 50% de los usuarios consideró como insuficientes de la calidad de la atención recibida, los índices descriptivos más altos de satisfacción del paciente se localizaron en escolaridad primaria y licenciatura, y en las edades comprendidas entre 46 y 60 años.

Hernández, Navarro, Robledo, y Romero (2007), analizaron la Encuesta de Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud aplicada a un Hospital General. La encuesta de 28 preguntas fue de salida, abierta y anónima, de respuesta ágil, participaron 1322 usuarios para conocer la participación sobre la atención, las características del usuario que acude a solicitar atención, o bien de su acompañante; turno en que asistió al hospital; tipo de consulta; el consultorio asignado; el tiempo; la satisfacción (como percepción); la información transmitida de cada prestador de servicios; las instalaciones, el motivo de consulta, procedencia y servicios médicos con los que cuenta el usuario.

En este capítulo se abordaron varios temas que son de suma importancia para está investigación, en primer instancia se revisó el concepto de calidad, nos ubicamos en la historia de esta tanto mundial como en México, se analizó también el concepto de servicio, sus características y sus elementos, la definición de estos dos temas anteriores nos ayudó para retomar el tema de la

calidad en el servicio de igual forma vimos sus características, la medición de ella y los estudios que se han hecho en los últimos 10 años.

Capítulo 3. *Locus* de control

Son diversas las razones para el estudio de *Locus* de Control, ya que esta experiencia forma parte de la vida cotidiana de cada uno de nosotros, por ejemplo; alguna vez nos hemos hecho la pregunta del por qué acertamos o fallamos, y generalmente las podemos atribuir a causas internas o externas que tratan de establecer alguna relación entre causa-efecto.

La literatura intercultural refleja la importancia que tiene el control del reforzamiento y del castigo, lo cual lo hace universal este concepto (Díaz-Loving, 2002) es por esto que en México, Díaz-Loving y Andrade, P. en 1984 reprodujeron las dimensiones tradicionales de *locus* interno (esto quiere decir, la manipulación directa del ambiente basada en las capacidades instrumentales del individuo) y del *locus* de control externo, descritas por Rotter (1966) como la creencia de que las fuerzas sociales y ambientales rigen la conducta y los resultados.

Las investigaciones han mostrado que cada quien tiene, de manera consistente, diferentes percepciones de las causas de los resultados de su conducta. Algunos individuos perciben un *locus* de control interno; ya que piensan que son los controladores de su destino y que tienen su suerte en sus manos; por el contrario otras personas creen que lo que les ocurre está determinado por factores externos (ya sea la suerte, causalidad, etc.) (Rotter, 1966; Phares, 1984; Lefcourt, 1982, en Worcher, 2003).

De igual forma por su parte, Palomar y Valdés (2004), exponen que la importancia de este constructo radica en que una persona se anticipa a una situación dada de acuerdo con las expectativas generales que se ha formado según sus experiencias pasadas de reforzamiento, lo cual puede afectar una gran variedad de sus conductas.

3.1 Definición de *locus* de control

El constructo de *locus* de control se deriva de dos supuestos teóricos: la teoría del aprendizaje social de Bandura (1984) y la teoría del control que está representada por varios autores. Para poder entender el concepto de *locus* de control resulta importante entender el significado semántico del constructo de *locus* de control. Este proviene del latín y significa "sitio", la traducción lineal podría ser "sitio de control" (Medina & García, 2002).

Otro autor explica que se entiende por *locus* la localización de la causa, la cual puede ser algo que está en la persona como habilidad o esfuerzo (interno), o de fuera de ella como suerte o dificultad (externa); esto con base en la Teoría del Aprendizaje de Tolman en 1932, quien postula que el aprendizaje es independiente de la respuesta, lo interno y lo externo lo refiere al origen del control, al cual el individuo lo percibe como contingente o no a sus acciones (Hofstatter, 1960, en Medina, 2006).

En 1965 Rotter (en Juan & Méndez, 2008), fue el primer autor en definir el constructo de *locus* de control quien desde la teoría del aprendizaje social considera que el *locus* de control en primer lugar está determinado por sus objetivos, es decir, es direccional basándose en las esperanzas y valores de cada persona. Por lo que lo define parte de la teoría del aprendizaje social, considerándolo también como parte de la personalidad, en el cual cada individuo percibe el control del reforzamiento de su conducta en forma interna o externa a él.

Más tarde en 1966 Rotter sitúa al *locus* de control en la causa, explicando así el impacto del potencial de las conductas emitidas por los sujetos en función de la expectativa y del valor del reforzamiento, esto quiere decir que no solo cuenta la forma en la cual es percibido el reforzador, y también se hace la referencia a lo que espera el sujeto de sí mismo y de su ambiente partiendo de esto, el sujeto comienza a redefinir los valores de los estímulos, su teoría se basa en 4 conceptos (Ulloa, 2007):

- ☑ **Expectativa:** es la probabilidad sostenida por el individuo, que un reforzamiento particular ocurrirá en función de una conducta específica.
- ☑ **Refuerzo:** fortalece la expectativa de que las conductas similares, tendrán como resultado una secuencia aproximada o igual a la conducta anterior.
- ☑ **Situación psicológica:** el sujeto emitirá su respuesta, con base a la historia del refuerzo, en determinada situación.
- ☑ **Comportamiento potencial:** el potencial está en función de la expectativa y el valor del reforzamiento.

La teoría inicia la explicación basándose en el potencial de la expectativa del sujeto, ésta a su vez dependerá del refuerzo valorado específicamente para cada situación psicológica.

Por otro lado, Hiroto en 1974 (en Ulloa, 2007) dice que *locus* de control es un rasgo de personalidad del individuo, en donde la persona se ve a sí misma en relación con las cosas que le suceden, así como la interpretación que hace de dichas interacciones, es decir, no es simplemente el registro de experiencias de éxito y fracaso, sino también, la interpretación de la causa de dichas experiencias, así como de la manera en que se obtienen los reforzamientos.

Muy parecida a la definición de Rotter, Tamayo (1993, en Juan & Méndez, 2008) menciona que el *locus* de control (lugar o foco de control), es una construcción teórica elaborada para poder explicar y describir dichas creencias, relativamente estables, que utiliza el sujeto para fundamentar el foco de control de los sucesos diarios y de su propia conducta. Se puede decir entonces, que el concepto de *locus* de control hace referencia a cómo se percibe la causa de algún evento o de una acción, y lo determina la información que el individuo tenga respecto a otro individuo o del objeto de la acción, es decir, el locus de control es la expectativa que la persona tiene acerca de los reforzamientos.

Por su parte Strickland (en Medina, 2006) propuso que el *locus* de control es una variable continua, su manifestación puede variar dependiendo de la situación en la que se encuentra el individuo. En resumen la teoría de *locus* de control se basa en el control y en el hecho de que los sujetos lo asignen a sus actividades y capacidades personales o a la fuerzas situacionales, por ejemplo un evento que es percibido por algunas personas como recompensa o reforzamiento, es percibido por otras de diferente manera. El que cada individuo perciba un evento como consecuencia de cierto comportamiento propio, dependerá de cómo él siente o no que exista una relación entre su comportamiento y dicho evento.

3.2 Antecedentes históricos de *locus* de control

Fue en las décadas de 1950 y 1960 cuando la psicología empezó a examinar seriamente los problemas del control personal (Shapiro, Schwartz, & Astin, 1996, en Palomar & Valdés, 2004).

La dimensión de expectativa o creencia interna/externa fue formulada por primera vez en la revista profesional "Social Learning and Clinical Psychology", y la idea central es que el potencial de manifestación de una conducta específica por parte de una persona específica en una situación específica es una función de las expectativas que esa persona tiene de dicha conducta brindará como resultado un refuerzo, meta u objeto específico del valor otorgado por esa persona al objetivo o meta en cuestión (Rotter, 1954, en Arill, 2002).

Rotter (1954, 1960, citado en Visdómine-Lozano & Luciano, 2006) revisó que en Psicología Clínica se trabaja con aspectos como los objetivos y necesidades personales, los valores y su relación con lo que técnicamente se conoce como reforzamiento. De ahí que se sitúe a Rotter como el primer teórico del llamado Aprendizaje Social, o ubicado próximo a Tolman (Aiken, 1993; Corcoran, 1995; Pervin, 1996).

La teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1954, en Fernández & Llorente, 2006) estudia la conducta como un resultado de interacción entre la persona y su entorno, desarrolla una descripción detallada de la situación psicológica del individuo y las condiciones ambientales (metas o reforzamientos) y realiza una aproximación histórica al estudio de la personalidad, con énfasis especial en las necesidades individuales y las "expectativas" que tiene la persona de que esas metas serán alcanzadas y esas necesidades satisfechas. En términos operativos, la probabilidad de una conducta en relación con otras alternativas ante una determinada situación psicológica vendrá determinada por las expectativas del individuo y el valor de los refuerzos esperados y alcanzados. Una formulación más reciente de la teoría del Aprendizaje Social se encuentra en la extensa obra de Bandura (1999, en Fernández & Llorente, 2006).

Dentro de las teorías atribucionales hay que mencionar, el análisis que Heider hizo en 1958, del conjunto de reglas de inferencia de causalidad que él llamó Psicología Ingenua de la Acción y que podría quedar cifrada en cuatro factores:

de un lado las llamadas fuerzas personales, divididas en a) motivación (intención y esfuerzo) y b) capacidad (habilidades físicas y/o psíquicas); y de otro lado, las fuerzas ambientales, divididas en a) estables como la dificultad de la tarea, o en b) inestables como la suerte. En segundo lugar, en 1965, Jones y Davis proponen su Teoría de las Inferencias Correspondientes, (Visdómine-Lozano & Luciano, 2006).

La atribución de internalidad o externalidad en la responsabilidad viene dada en cierta medida por el grado en el que el comportamiento se aviene o va contra el cumplimiento de las normas socialmente deseables. Y en tercer lugar, se cuenta con el Modelo de Covariación del Consenso de Kelley. Este modelo de 1973, analiza las atribuciones que se derivan de la combinación de las manipulaciones realizadas en el feedback verbal sobre consenso (cómo responden los demás), la distintividad (cómo una misma persona responde en distintas situaciones) y la consistencia, es decir, cómo la persona responde a lo largo del tiempo a las mismas condiciones, (Visdómine-Lozano & Luciano, 2006).

3.3 Locus de control interno y externo

Para Rotter, la percepción del control era dicotómica pues variaba entre los polos internalidad-externalidad (Oros, 2005). Es por eso que afirmaba la existencia de dos formas de control del comportamiento: interno y externo; en base a la definición de *locus* de control establecida por Rotter en 1966 (citado en Visdómine & Luciano) considerando que “si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno”; en cambio, sostiene que “cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es, típicamente percibido, en nuestra cultura, como resultado de la suerte (...), y en este sentido se ha dicho que es una creencia en el control externo” (Visdómine & Luciano, 2006).

Para seguir con la diferenciación, Rotter elabora una escala bidimensional de internalidad-externalidad de *locus* de control en sujetos adultos con 29 ítems en total; 23 reactivos, más 6 de relleno para tomar ambiguo el objetivo de la prueba, cada ítem con dos enunciados generales sobre las causas genéricas del éxito y el fracaso en la vida general, o en particular (en los estudios, el trabajo, relaciones interpersonales, etc.) (Medina, 2006).

Los tipos de percepción, tanto de *locus* de control interno como de *locus* de control externo provocaran, que una persona se anticipe frente a una situación dada.

Aquellos que perciben un *locus* de control interno, son llamados “internos”, creen que lo que acontece en su vida depende de cuánto se esfuercen y que nadie va a darles nada, pero que todo está a su alcance si se empeñan, por ejemplo los internos trabajan, les va bien y su lema es: “Nos esforzamos más”. Por el contrario las personas con un *locus* de control externo perciben que su

destino está controlado por factores fuera de ellas mismas; ellos piensan que no tiene el control sobre lo que sucede, no se esfuerzan mucho en la vida (Worcher, 2003).

Rotter afirma que los individuos con un *locus* de control interno están más relacionados a experiencias de buen éxito y conductas de logro ya que son personas que:

- Están más atentos a todo aquello que les pueda dar información para su conducta futura.
- Intentan aumentar sus condiciones ambientales.
- Ponen mayor atención en las destrezas o reforzamientos de logro y más comprometidos por sus habilidades en especial sus fracasos o errores.
- Son más resistentes a manipulaciones exteriores que lo puedan influenciar.

Lefcourt, 1984 reporta además:

- Mayor procesamiento de más tareas de reto, mayor habilidad para obtener gratificación y persistir a pesar de dificultades.
- Mejores relaciones interpersonales, mayor asertividad hacia los demás, mayor respeto.
- Mayor autoestima, mejor sentido del humor, menor ansiedad y menor depresión (Gil, 2006).

Por otro lado las personas que tienen una orientación externa, son las que creen que sus acciones están dominadas por factores en los cuales ellos tienen poco control o no control, como puede ser la suerte, destino o los poderes de otros (Rotter, 1966, en Medina, 2006). Rodríguez 1992 (en Gil, 2006), da las siguientes características de una persona con *locus* de control externo:

- Presentan desempeños más pobres
- Menor interés en el medio
- Menos orientados a realizar nuevas tareas y cuando llegan a realizarlas son menos eficientes.
- Tienen poco interés por el éxito
- Tienden al fracaso.

De esta forma afirmamos que los individuos con un *locus* de control externo consideran que la casualidad o la suerte resolverán sus problemas y se caracterizan por ser menos productivos (Díaz-Guerrero, 1982).

Los conceptos como competencia, desesperanza aprendida, impotencia y control han sido utilizados de una forma u otra parte para describir el grado en el cual el individuo es capaz de controlar los eventos importantes que ocurren en su vida, sin embargo para Rotter el concepto de *locus* de control interno-externo se diferencia de los conceptos anteriores en ser una unidad integrada de una elaborada teoría; siendo una variable contingente más que motivacional (Lefcourt en Medina, 2006).

3.4 Medición de *locus* de control

Los primeros estudios relacionados con el tema fueron realizados por Rotter en 1954 quien consideraba que el *locus* de control es un constructo que comprende el grado en que las personas creen tener el control sobre los eventos y sus vidas (*locus* de control interno) y el grado en que ellas creen que son víctimas de la suerte y de las circunstancias externas (*locus* de control externo) (Medina & García 2002).

Rotter presenta los resultados de numerosos estudios que confirman la existencia de dos maneras de aprendizaje social en los individuos. A partir de estos estudios, desarrolló la prueba psicológica de internalidad-externalidad (I-E), que ha sido extensamente utilizada. Ya que a través de ella se ha llegado a demostrar que existe consistencia respecto de la orientación del control (Díaz-Guerrero, 1994).

En su opinión las personas eran influidas por la manera en que percibían sus fortalezas y potencialidades. En los estudios de Rotter con esta escala se evidencio que las personas con un *locus* de control interno, son aquellos que explican su conducta debido a factores internos controlables, en cambio los sujetos con *locus* de control externo explican su conducta debido a factores externos incontrolables.

En 1966 Rotter presenta una escala unidimensional para medir el *locus* de control en la cual; internalidad y externalidad presentan los dos polos opuestos del concepto dicha escala fue denominada I-E está constituida por 23 reactivos, más 6 de relleno para tomar ambigua la prueba, como ya se había mencionado antes, los ítems solo se puede optar por dos opciones de respuesta, uno refiera a la creencia del control interno y otra al control externo, Rotter no especifica ninguna puntuación limite que separe a los internos de los externos (Engler, 1996).

Un gran número de investigaciones se han llevado a cabo utilizando la escala de I-E de Rotter, se puede citar al estudio de Hersch y Scheibe (1967) que correlacionaron la escala con el "California Psychological Inventory (CPI) con el "Adjective Check List" (ACL) y encontraron que los sujetos internos presentaban puntajes más altos que los sujetos externamente orientados, en dominación, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, eficiencia intelectual, bienestar y logro, cuando la correlación era con el CPI (La Rosa, 1985).

También otros estudios con dicha escala I-E, han conducido a hallazgos significativos: por ejemplo; que la internalidad aumenta con la edad; conforme los niños crecen, su sitio de control tiende a volverse más interno; la internalidad se estabiliza en los años intermedios y no disminuye en la ancianidad, lo que es contrario a la opinión popular de que los ancianos son dependientes (Engler, 1996).

Lippa (1994) argumenta que los individuos con *locus* de control internos tienden a ser más responsables en su comportamiento y asumir un rol más activo en la planificación de sus acciones (Medina & García, 2002).

A partir de estas dimensiones surge la teoría de la multidimensionalidad de Levenson (1973). Este autor construyó una escala conocida como la IPC la cual comprendía tres dimensiones:

- *Locus* de control interno: cuando realizo un plan, yo siempre tengo la certeza de que voy a trabajar en él.
- *Locus* de control externo mediado por otros poderosos: yo estoy seguro que mis planes de trabajo están sujetos a los deseos y opiniones de las personas con más poder que yo.
- *Locus* de control externo mediado por la suerte: estoy sujeto a la buena o mala suerte.

En contraste a diferencia del enfoque bidimensional de Rotter y de Levenson, en 1984, Díaz –Loving y Andrade en 1986 (Díaz-Loving, 2002) comprobaron en una investigación realizada con niños, que el *locus* de control es multidimensional; ya que encontraron tres dimensiones que denominaron: a) instrumentalidad, referida a situaciones en las que el niño trata de hacer algo por conseguir lo que quiere o por intentar modificar su entorno; b) afectividad, ligada a situaciones familiares o filiales en las que el niño puede conseguir algo si es “bueno”, modificando su medio ambiente a través de sus relaciones afectivas con quienes lo rodean; c) fatalismo, relacionado a situaciones en las que el niño considera que no puede hacer nada para controlarlas ya que cree que la vida está determinadas.

3.5 Estudios sobre *Locus* de control

Rotter (1966) y Lefcourt (1984) afirman que los individuos con un *locus* de control externo consideran que la casualidad o la suerte resolverán sus problemas y se caracterizan por ser menos productivos.

Para 1984 Díaz Loving y Andrade Palos, analizando la estructura factorial de su escala de *locus* de control para niños, encontraron que la dimensión de control se subdividía a su vez en dos: control afectivo y control instrumental; en la cual la internalidad afectiva se refiere al control que el individuo cree tener a través de las relaciones con otros. La internalidad instrumental se refiere a la percepción que todos los eventos, sean buenos o malos, son consecuencia directa de las propias acciones (Oros, 2005).

Algunas investigaciones han mostrado diferencias en cuanto al género en el sitio de control, con las mujeres tendiendo a ser externas (Brabander y Boone, 1990, citado en Engler, 1996), el aumento en las puntuaciones externas en las mujeres en la séptima década de la vida pueden reflejar un mayor conocimiento de las restricciones externas sobre su capacidad de satisfacer sus objetivos en el trabajo y en otros ámbitos. Es claro que muchas características favorables han sido asociadas con el sitio de control interno y se ha propuesto que una orientación interna conduce mas a una adaptación y funcionamiento sociales positivos. El constructo del sitio de control es durable y ha tenido una repercusión importante (Lefcourt, 1992).

Por otro lado Díaz Guerrero 1982, realizó estudios con sujetos mexicanos caracterizados por un estilo de vida pasivo, muestran diferencias significativas en la pasividad, los individuos con clases bajas exhiben una mayor pasividad que los individuos de clases sociales más altas. (Díaz, 1994). También otros estudios en la población mexicana realizados por Bonilla en 1994 (en Gil, 2006), determina que existe una mayor internalidad en los hombres y una mayor externalidad en las mujeres, lo cual reafirma que el *locus* de control es un constructo que puede dar cuenta de aspectos que tienen que ver con el estilo de personalidad.

En estudios recientes se ha encontrado que los trabajadores con *locus* de control externo, se encuentran más inclinados a creer que los factores externos los controlan y en consecuencia adoptan actitudes de conformismo, apatía, desinterés y sumisión con mayor frecuencia que los trabajadores con *locus* de control interno, en consecuencia, se esfuerzan menos en prepararse para el futuro, trazar un plan de vida propio, formarse expectativas y metas de considerable nivel de compromiso, o bien en prever las consecuencias de sus acciones, son trabajadores, que generalmente observan bajo desempeño y con mayor frecuencia dados de baja, muestran tasas de ausentismo más altas, están menos satisfechos con sus labores, son más sumisos y están más dispuestos a seguir instrucciones, su mejor rendimiento lo obtienen en puestos cuyas actividades son rutinarias y de bajo nivel jerárquico; esto es debido a que creen que los resultados que obtendrán, no están vinculados con sus acciones y a que realmente pueden ser modificados, e influenciados por los juicios y decisiones de otras personas más importantes, la suerte o el destino Ivancevich, Matteson (2005); Key (2002); Treviño & Youngblood (1990), (Casique, 2007). En conclusión se ha comprobado que trabajadores con *locus* de control interno, generalmente tienen un mejor desempeño en su trabajo, mayor éxito y satisfacción; buscan más información antes de tomar una decisión sobre sus trabajos antes de emplearse y están más motivados por el logro, tienden a ocupar puestos de mayor jerarquía, independencia e iniciativa y sus sueldos son en promedio mayores, debido a su empeño en progresar y alcanzar sus propias metas.

Saini Khan en 1997 realizó un estudio con pacientes alcohólicos y encontraron que quienes tenían *locus* de control interno alcanzaban mejores resultados terapéuticos que los demás. También, se ha encontrado que las personas con *locus* de control interno presentan mejor calidad en sus trabajos, alta satisfacción laboral, menor fatiga emocional y menor tasa de conflictos en el ámbito de trabajo (en Oros, 2005).

Se han encontrado estudios organizacionales relacionados con diversos factores como: desarrollo personal, autoestima, satisfacción y diversos tipos de actitudes. Lefcourt, Herbert M. (1982) y Rice, Dam (1988) citados por Whittaker 1999 y Ivancevich, Konopaske y Matteson (2005); Key Susan (2002); Treviño y Youngblood (1990); Kinicki y Kreitner (2003); Furnhan (1992, 1997), (en Casique, A. y Lopez, F., 2007, p.197). A continuación los resultados:

Chan (Casique & López, 2007) en realizó una serie de investigaciones sobre el *locus* de control y el desempeño en el trabajo, en Brasil, observando que en la medida en que el trabajador se da cuenta, que son sus propios esfuerzos y

desempeño los que determinan sus resultados en el mejoramiento de su sueldo, incentivos y ascensos que recibe, y no la suerte o las preferencias que el supervisor o su jefe inmediato tienen por él; podrá adoptar con mayor facilidad comportamientos y actitudes hacia sus actividades laborales que le permitan cumplir mejor con sus responsabilidades.

Recapitulando a lo largo de este apartado se han mostrado las bases por las que es de gran importancia el *locus* de control, su definición y como ha sido su desarrollo a lo largo de la historia hasta los recientes estudios realizados en los que demuestran que el *locus* de control tanto interno como externo influyen en los individuos no solo en el ámbito personal, sino también en el profesional, el cual es la base de esta investigación.

Capítulo 4. Método

4.1 Justificación

En el ámbito laboral existen diferentes necesidades de las organizaciones: por un lado está la de contar con modelos que permitan explicar los motivos por los cuales los trabajadores manifiestan comportamientos como: irresponsabilidad, insatisfacción, bajo desempeño y actitudes negativas, mala calidad en el servicio; y por otro lado, la de disponer de estrategias y conocimientos que permitan abordar la problemática que para la gestión del capital humano que ello representa.

Propuestas como el *locus* de control permiten dar respuesta a algunas de las necesidades identificadas y aportar mecanismos y acciones que facilitan el aprovechamiento de las áreas de oportunidad detectadas. La importancia del *locus* de control radica en su relación con; las actitudes, la satisfacción y otros procesos psicológicos como las opiniones, la percepción, la formación de conceptos y la toma de decisiones. También incluye la calidad en el servicio ofrecida a los clientes, por ejemplo en un Hospital público, ya que detectaremos si el *locus* de control influye en dicha calidad.

Se sabe que el *locus* de control es un rasgo de personalidad que todo individuo desarrolla, pero esto no sucede ante eventos suscitados y después de una conducta le atribuimos el resultado de estos sucesos al control con el que nos enfrentamos a la vida, este puede ser interno o externo de acuerdo con las causas del fenómeno. Las investigaciones han mostrado que cada quien tiene, de manera consistente, diferentes percepciones de las causas de los resultados de su conducta. Algunos individuos perciben un *locus* de control interno; ya que piensan que son los controladores de su destino y que tienen su suerte en sus manos; por el contrario otras personas creen que lo que les ocurre está determinado por factores externos (ya sea la suerte, causalidad, etc.) (Rotter, 1966; Phares, 1984; Lefcourt, 1982, citado en Worcher, 2003).

Es de esta forma veremos si el *locus* de control es una variable que se relacione directamente con la calidad en el servicio ofrecida a los usuarios en una organización en este caso en Hospitales Gubernamentales de la Ciudad de México, así como también observar si existen variables sociodemográficas y organizacionales como: el sueldo, horario de trabajo (entre otras) que influyan en dicha calidad.

4. 2 Planteamiento del problema

Una de las razones del porque estudiar estas dos variables juntas fue porque se pensó que estaban fuertemente relacionadas y que *locus* de control podría ayudar mucho a explicar un concepto tan complejo como es la calidad en el servicio, en este caso en el ámbito hospitalario.

El paso que se da de una variable a otra es decir, de lo individual que en este caso es *locus* de control a lo social como es la calidad en el servicio, fue porque se especuló que cuando las personas tienen cierto tipo o rasgo de personalidad, en este caso *locus* de control, podría explicar un poco del porque los trabajadores muestran cierto tipo o nivel de calidad en su trabajo o al prestar un servicio, ya que un argumento que se tuvo es que cuando los trabajadores muestran un *locus* de control interno, es decir que se rigen por cuestiones internas, pueden demostrar una mejor calidad en el servicio y generar así un tipo de contagio hacia los demás trabajadores para mejorar el servicio que se da.

Esto se argumenta de tal manera porque mientras realizábamos nuestras prácticas profesionales dando capacitación en hospitales, se observó que los mismos trabajadores hacían comentarios con respecto a la calidad hacia las dos vertientes de *locus* de control, es decir algunos comentaban que ellos no tenía la culpa, si no la administración, las condiciones de trabajo, los jefes o los propios compañeros de trabajo, mientras que por otro lado, también existían aquellos comentarios donde los trabajadores se hacían responsables de ellos mismos por la calidad que estaban ofreciendo a los usuarios.

Esto también se constató dentro de nuestro equipo de trabajo, ya que al estar en interacción con otros compañeros, se notó que también muchos se inclinaban más hacia algún tipo de *locus* de control ya sea externo o interno con respecto a la labor que estaban haciendo.

Es así, como nos surge la idea de que estas dos variables podrían ser estudiadas juntas, ya que se consideró que existen muchas variables que son estudiadas en el ámbito social de las cuales algunas podrían estar relacionadas con en el ámbito laboral. Es por eso que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación significativa entre *locus* de control y calidad en el servicio en los trabajadores de hospitales gubernamentales?

4.3 Objetivo General

1) Determinar si existe o no relación significativa entre *locus* de control y calidad en el servicio en los trabajadores de hospitales gubernamentales.

4.4 Hipótesis

Ho1: No existe relación entre *locus* de control y calidad en el servicio.

Hi1: Existe relación entre *locus* de control y calidad en el servicio.

Ho2: No existe relación entre *locus* de control y las variables clasificatorias.

Hi2: Existe relación entre *locus* de control y las variables clasificatorias.

Ho3: No existe relación entre calidad en el servicio y las variables clasificatorias.

Hi3: Existe relación entre calidad en el servicio y las variables clasificatorias.

4.5 Definición de variables clasificatorias

- ❖ **Sexo:** Masculino o femenino.
- ❖ **Edad:** Número de años cumplidos del trabajador.
- ❖ **Estado civil:** Soltero, casado, viudo, divorciado.
- ❖ **Número de persona con quien vive:** Personas que habitan en casa del trabajador.
- ❖ **Número de dependientes económicos:** Personas que económicamente dependen del trabajador.
- ❖ **Puesto:** Tareas, actividades, deberes y las responsabilidades de un puesto.
- ❖ **Escolaridad:** Grado de estudios de las persona.
- ❖ **Antigüedad:** Número de años prestados de servicio en ese mismo puesto.
- ❖ **Tiempo de traslado al trabajo:** Número de minutos que se requieren para llegar al lugar de trabajo saliendo desde casa.
- ❖ **Situación laboral:** Tipo de contrato en el que se encuentra actualmente.
- ❖ **Turno:** Horario de trabajo en el que está trabajando actualmente.
- ❖ **Horas que trabaja al día:** Período de trabajo; durante el fin de semana y por turnos; horas extras; tiempo parcial; flexibilidad del horario (Rosenthal, 1989, citado en Farné, 2003 p.17).
- ❖ **Tiempo para comer:** Lapso de minutos ocupados para comer.
- ❖ **Usuarios que atiende al día:** Número de usuarios que atiende durante un día en su puesto de trabajo.
- ❖ **Supervisión en el trabajo:** Perspectivas de promoción, capacitación y desarrollo ofrecidos por las empresas (Beatson, 2000, citado en Farné, 2003 p.17).
- ❖ **Personas a cargo:** Número de personas a las que supervisa.
- ❖ **Sueldo:** Retribución que percibe el hombre a cambio de un servicio que ha prestado con su trabajo (Reyes, 2002, p.15).
- ❖ **Trabajos que ha tenido:** Trabajos anteriores que ha tenido antes de estar en el puesto anteriormente.
- ❖ **Cambiar de trabajo:** Cambiar de lugar de trabajo.
- ❖ **Tiene algún otro trabajo:** A parte del trabajo actualmente, tiene otro.
- ❖ **Apoyo de compañeros:** Ser solidarios y ayudar a los compañeros, en general en toda la organización. .
- ❖ **Existencia de apoyo entre compañeros de la misma área:** Trabajo en equipo; en la misma área de trabajo.

4.6 Definición conceptual

Locus de control: La expectativa generalizada de la persona de percibir el reforzamiento como contingente de su propio comportamiento (control interno), o como resultado de fuerzas incontrolables (control externo) (Rotter, 1966, citado en Medina, 2006).

Calidad en el servicio: Es el juicio global que realiza el consumidor o cliente sobre el desempeño percibido de actividades humanas que entrelazadas interactúan para satisfacer una necesidad de los clientes internos y externos (Chávez, 2010).

4.7 Definición operacional:

Locus de control: Puntuación obtenida en el cuestionario Instrumento de *locus* de control (De la Rosa, 1986).

Calidad en el servicio: Puntuación obtenida en el cuestionario MEDSERV (Chávez, 2010).

Las variables: edad, Sexo, estado civil, número de persona con quien vive, número de dependientes económicos, escolaridad, puesto, salario, horas que trabaja al día, experiencia en el puesto, tiempo de traslado al trabajo, tiempo para comer, personas a cargo, supervisión en el trabajo, recibo de apoyo de compañeros, existencia de apoyo entre compañeros de la misma área, usuarios que atiende al día, antigüedad, trabajos que ha tenido, horario de trabajo, situación laboral, piensa cambiar de trabajo y tiene otro trabajo: serán variables proporcionadas por los participantes en la hoja de respuestas.

4.8 Muestra

Los participantes que conformaron la muestra fueron **200** trabajadores de dos hospitales gubernamentales de la Ciudad de México, concernientes a diferentes áreas. Dentro de estas se encuentran las siguientes: Médicos, Enfermeros, Administrativos, Trabajo Social, Intendencia, Camilleros, Laboratoristas, Rayos X, de diferentes turnos; matutino, vespertino, fines de semana (Hernández, 2010)

4.9 Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico accidental o “por conveniencia”, ya que los participantes fueron asignados aleatoriamente por los subdirectores de los hospitales.

4.10 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se utilizó en esta investigación fue un estudio no-experimental correlacional. Correlacional ya que tiene como propósito conocer la relación o el grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular (Hernández, 2010). No experimental ya que es una indagación empírica y sistemática en la cual no se contó con un control directo sobre las variables porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentes o no manipulables (Kerlinger, 2002).

4.11 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para medir las variables son los siguientes:

Instrumento de *Locus de control De la Rosa*

Para medir el *locus* de control en la población mexicana, La Rosa (1986) construyó una escala con cinco dimensiones: fatalismo-suerte, poderosos del macrocosmos, afectividad, internalidad instrumental y poderosos del microcosmos. Esta prueba que consta de 61 reactivos con 5 opciones de respuesta: Completamente de acuerdo 5, De acuerdo 4, Ni en acuerdo ni en desacuerdo 3, En desacuerdo 2, Completamente en desacuerdo 1.

Las cinco dimensiones son:

- **Fatalismo/ suerte:** Que son las creencias en que los resultados de la conducta dependen de factores como la suerte o el destino;
- **Poderosos del macrocosmos:** Que se refiere a las razones donde el individuo da al poder que está en manos de decisiones sociopolíticas que afectan el destino de la comunidad, del país y del mundo;
- **Afectividad:** Mide situaciones en que las personas consiguen objetivos a través de relaciones afectivas con quienes las rodean;
- **Internalidad instrumental:** Se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidades;
- **Poderosos del microcosmos:** Se refiere al poder que tiene el sistema micro social sobre el individuo, por ejemplo; el patrón, el jefe, los padres, el maestro, etc.

Los reactivos de *locus* de control interno y externo son los siguientes:

***Locus* de control externo**

FACTOR	REACTIVO
<i>Factor 1 Fatalismo o Suerte</i>	2, 5,8,9,12,21,25,27,33,40,44,48,52
<i>Factor 5 Poderosos del Microcosmos</i>	14, 20, 29, 32, 34, 38, 41, 43,51
<i>Factor 2 Poderoso del Macrocosmos</i>	1,3,4,7,13,17,24,30,36,47,53

Locus de control interno

FACTOR	REACTIVO
<i>Factor 4 Internalidad</i>	10, 16, 23, 28, 31, 37, 39, 42, 46,50
<i>Factor 3 Afectividad</i>	6, 11, 18, 19, 22, 26, 35, 45,49

La multidimensionalidad del instrumento permite que se haga un perfil del individuo que pueda obtener puntajes altos, medianos y bajos en diferentes escalas, en función de su estilo personal y de las relaciones o ausencia de relaciones entre dichas escalas.

La Rosa (1986) reporta que de la escala original de 61 reactivos se eliminaron 8 de ellos debido a sus bajos pesos factoriales quedando la escala al final de 53 reactivos. Sus índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach) son: internalidad instrumental 0.82 (10 reactivos; Fatalismo/Suerte 0.89 (14 reactivos); Poderosos del macrocosmos 0.78 (9 reactivos); y Afectividad 0.83 (9 reactivos). El poder discriminativos de los reactivos es satisfactorio (p. 001). El análisis factorial reportó 11 factores con valores propios superiores a 1.0 y que explican 52.8% de la varianza total de la prueba. Se seleccionaron los cinco primeros por su claridad conceptual, los cuales explican 40.7% de la varianza total.

Calificación:

La escala de *locus* de control es evaluada ítem por ítem, considerando la selección de los números del uno al cinco con la que el sujeto este más de acuerdo. Los números corresponden a:

- 1 completamente en desacuerdo
- 2 desacuerdo
- 3 ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- 4 de acuerdo, y
- 5 completamente de acuerdo

El sujeto podrá elegir una de estas opciones, por ejemplo:

↑ El problema de hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que pueda hacer. 1 2 3 4 5

La calificación de este ítem, será por lo tanto 4.

Pero realmente esta calificación no dice nada, por lo cual se tendrá que ubicar dentro del factor al que corresponde.

Al sumarse un ítem a las calificaciones de los otros reactivos del mismo factor, se obtendrá una calificación global del reactivo. Por ejemplo:

Tomando los reactivos del factor I y suponiendo las siguientes calificaciones:

$$2 = 1$$

$$5 = 1$$

8 = 1
9 = 4
12 = 5
21 = 5
25 = 5
27 = 5
33 = 5
40 = 5
44 = 5
48 = 5
52 = 5

Se obtiene un total de 52 este es dividido entre el numero de reactivos que lo componen (en este caso son trece). Para obtener la calificación global que es 4.

Considerando que la calificación más alta en este test por factor es cinco, la más baja uno y la medida 2.5, el puntaje anterior estaría por arriba de la medida.

Posteriormente después de obtener las calificaciones globales por factor, se procede a la evaluación cualitativa del test. Es decir, en base a lo que mide cada factor, se hará la interpretación de los datos obtenidos.

Calidad en el servicio MEDSERV

Para medir calidad en el servicio se utilizó El MEDSERV, es un instrumento elaborado por Chávez-Jiménez (2010), se incorporó como estructura principal el SERVQUAL. La información que proporciona el MEDSERV ayuda a conocer si se necesitan cambios en el desempeño del servicio, determinar si estos cambios proporcionan una mejora en la calidad del servicio para contribuir a la satisfacción de los usuarios.

El instrumento mide la percepción de la calidad en el servicio de los usuarios mexicanos de forma confiable y válida, mediante cuatro factores (Capacidad de respuesta, Confiabilidad, Empatía y Seguridad). Consta de 37 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (1.Totalmente desacuerdo, 2. Desacuerdo, 3. Indiferente, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo).

La calidad en el servicio es definida por Chavéz (2010) como el juicio global que realiza el consumidor o cliente sobre el desempeño percibido de actividades humanas que entrelazadas interactúan para satisfacer una necesidad de los clientes internos y externos. Está integrado por cuatro factores:

- **Capacidad de respuesta:** Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- **Confiabilidad:** Habilidad para realizar el servicio prometido de una forma fiable, cuidadosa y consistente.

- **Empatía:** Atención individualizada basada la facilidad de comunicación, comprensión del cliente y amabilidad.
- **Seguridad:** Conocimientos mostrados por los empleados, así como sus habilidades para transmitir credibilidad y confianza.

Los reactivos de los factores de Calidad en el Servicio son los siguientes:

FACTOR	REACTIVO
<i>Factor 1 Confiabilidad</i>	10,13,15,16,23,26,30,38
<i>Factor 2 Capacidad de respuesta</i>	1,3,5,6,9,12,22,34
<i>Factor 3 Seguridad</i>	2,14,18,19,25,27,29,32,33,35,36
<i>Factor 4 Empatía</i>	4,7,8,11,17,20,21,24,28,31,37

El grado de confiabilidad del instrumento de medición, se obtuvo por medio del coeficiente de alfa de Cronbach lo cual reveló que la consistencia interna del MEDSERV es alta (0.945), indica que es un instrumento de medición de la calidad en el servicio consistente y estable. Para la validez de constructo del MEDSERV se realizó el análisis de varianza así como correlaciones entre los factores y las variables demográficas de los participantes.

4.12 Procedimiento

Para hacer una evaluación de *Locus* de Control y Calidad en el Servicio, se realizó la aplicación en dos hospitales gubernamentales de la Ciudad de México.

Se aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados a **200** trabajadores de ambos hospitales. Esto se llevó a cabo en las salas de la biblioteca de cada una de estas instituciones. Requiriendo su participación y apoyo para la investigación efectuada.

Las características de la biblioteca permitieron que la sesión se llevara a cabo sin distracciones, pues solo dentro de ella estábamos las instructoras y los que llegaban a contestar la batería, la cantidad de personas que llegaba no estaba controlado; ya que iban llegando conforme tenían algún tiempo libre, ya que como sabe en los hospitales el tiempo es vital.

Las instrucciones que se daban eran individuales, por la misma razón que los sujetos no llegaban todos al mismo tiempo, la duración aproximada de la batería fue de 20 minutos, a cada uno se les daban las siguientes instrucciones:

“Buen día mi nombre es (...), nosotras somos Psicólogas y estamos realizando una investigación le pedimos de la manera más atenta que conteste los siguientes cuestionarios, le entrego el cuestionario y un lápiz; si tiene alguna duda por favor, nos puede decir, guarde silencio y puede comenzar, gracias”

Al final de la aplicación se le agradecía su participación y recogíamos la batería, mientras ellos contestaban la batería nosotras permanecíamos en silencio, si llegaba alguien le proporcionábamos una batería.

4.13 Tratamiento Estadístico

En primer termino se realizó un análisis de frecuencias con el objeto de describir las características de la muestra posteriormente se llevó a cabo Correlaciones Bivariadas de Pearson; esto con el fin de saber si existe o no relación ente las variables de *locus* de control y calidad en el servicio. Finalmente se utilizó un análisis de varianza de una vía para conocer diferencias entre los factores de locus de control, calidad en el servicio y cada una de las características del puesto.

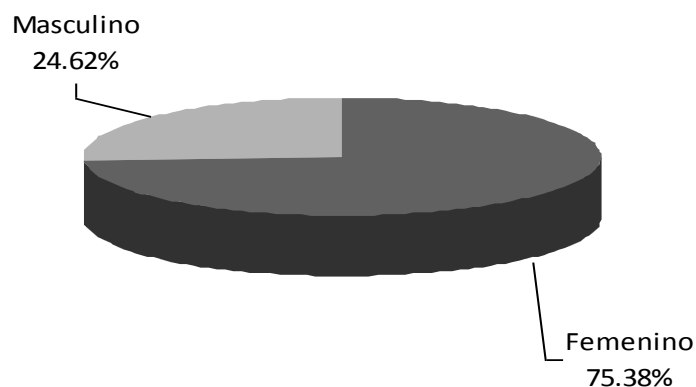
Se manejo el paquete estadístico (Stadistics Package of Sciences S.P.S.S.) para las ciencias sociales en su versión 17.0 en español.

Capítulo 5. Resultados

5.1 Estadística Descriptiva

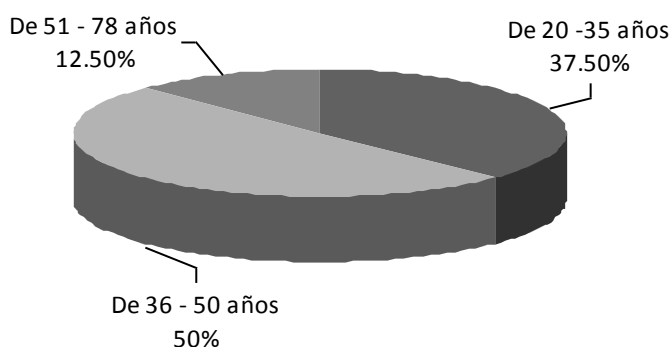
El presente estudio tiene como objetivo investigar si hay una relación significativa entre el locus de control y la calidad en el servicio, así como también la existencia de alguna relación con las variables sociodemográficas y las características del puesto. Los resultados se presentan en gráficas y tablas para una mejor comprensión de los datos.

Los datos obtenidos arrojan que la muestra está constituida de 200 trabajadores originarios de Hospitales Gubernamentales, 154 del sexo femenino equivalente al 75.38%, y 45 del sexo masculino equivalente al 24.62%. Se puede observar que la población predominante fue del sexo femenino.



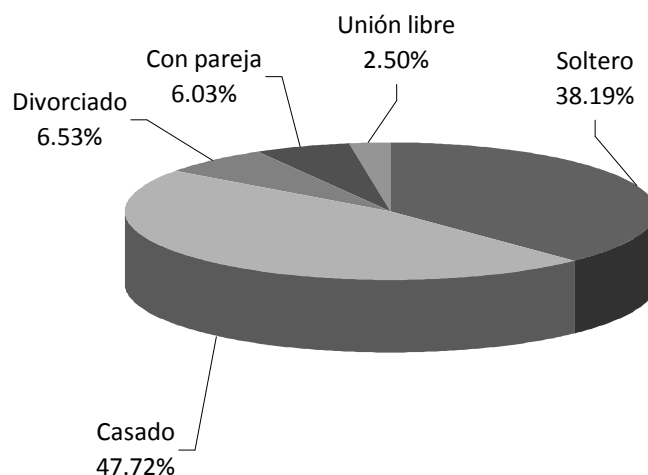
Gráfica 1. Distribución de la muestra según el género.

En referencia a la edad de los participantes, estas fluctúan de 20 a 78 años, representada de la siguiente manera: de 20 a 35 años son 75 participantes equivalentes al 37.50%, de 36 a 50 años son 100 participantes correspondientes al 50% y de 51 a 78 años con 25 participantes equivalentes al 12.50% total de la muestra. Como se puede observar la mayoría de los trabajadores que laboran en esos hospitales son de edad media (de 36 a 50 años).



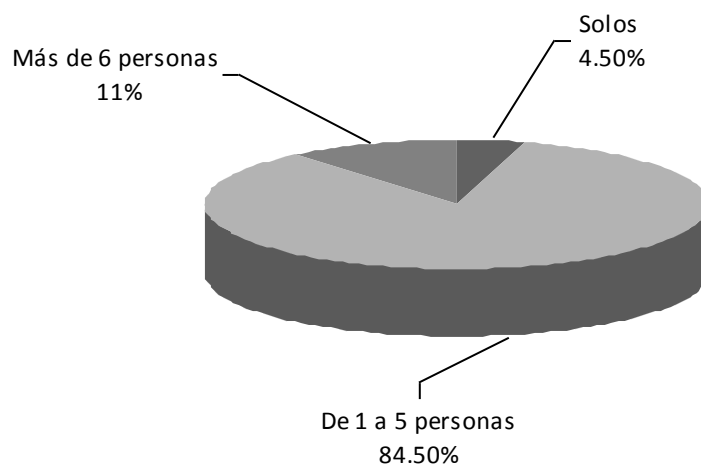
Gráfica 2. Distribución de la muestra por edad.

Según por estado civil, la muestra se comporta de la siguiente manera: solteros 74 correspondiente al 38.19%, casados 89 correspondiente al 47.72%, divorciados 13 correspondiente al 6.53%, con pareja 12 correspondiente al 6.03% y unión libre 5 equivalente al 2.50%. La muestra más sobresaliente fueron las personas casadas, que si observamos en la variable de edad vemos que la mayoría de los participantes de edad de 36 a 50 años están casados como reflejo de la cultura mexicana.



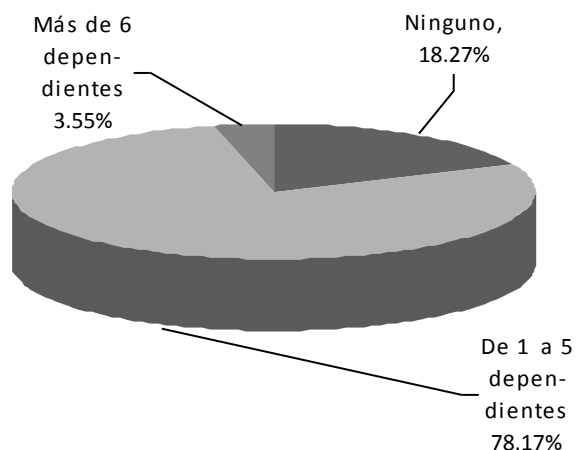
Gráfica 3. Distribución de la muestra de acuerdo al estado civil de los participantes.

Con respecto a número de personas con las que vive cada participante tenemos que: solos son 9 equivalente al 4.50%, de 1 a 5 personas 169 equivalente al 84.50% y con más de 6 personas 22 equivalente al 11%. Podemos decir entonces que la muestra con más porcentaje son los participantes que viven con 1 a 5 personas, esto coincide con su edo. Civil, ya que podría pensarse que la mayoría de las personas casadas tienen hijos.



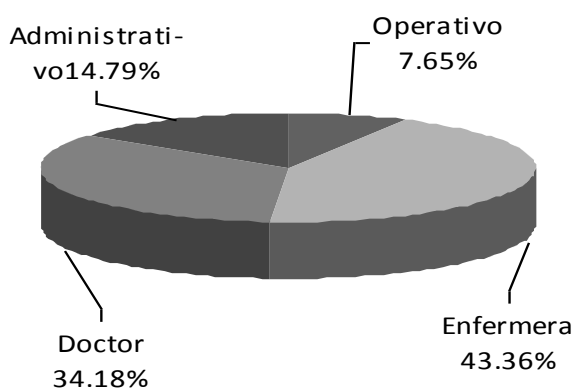
Gráfica 4. Distribución de la muestra según el número de personas con las que viven.

Según la variable del número de dependientes económicos que tienen que sostener cada participante encontramos que: ninguno 36 equivalente al 18.27%, de 1 a 5 dependientes económicos 154 equivalente al 78.17% y más de 6 dependientes económicos 7 equivalentes al 3.55%, quiere decir que concuerda con el porcentaje de personas con las que viven.



Gráfica 5. Distribución de la muestra según el número de dependientes económicos.

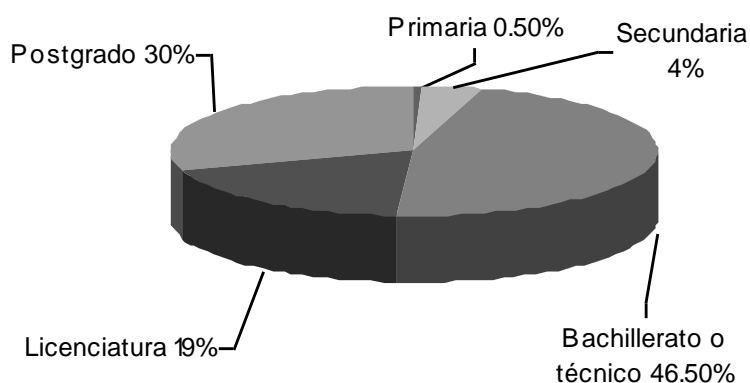
La población que participó se divide según los puestos que aparecían en la hoja de respuestas de los cuestionarios aplicados: operativos 15 equivalente al 7.65%, enfermera 85 equivalente al 43.36%, doctor 67 equivalente al 34.18% y administrativo 29 equivalente al 14.79%. Se puede observar que la mayoría del porcentaje de los participantes fue el correspondiente al puesto de enfermera, esto reafirma el porcentaje de género ya que la mayoría de los participantes fueron mujeres.



Gráfica 6. Distribución de la muestra según el puesto.

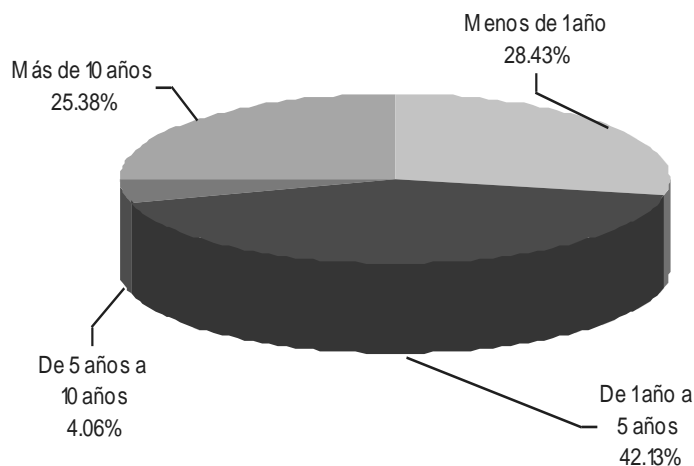
Siguiendo con la escolaridad de la muestra que va desde primaria hasta postgrado se tiene lo siguiente: primaria 1 correspondiente al 0.50%, secundaria 8 correspondiente al 4%, bachillerato o técnico 93 correspondiente al 46.50%, licenciatura 38 equivalente al 19% y postgrado 60 correspondiente al 30%. La muestra más representativa son los participantes de tienen por escolaridad bachillerato o técnico, esto refleja el porcentaje de los niveles de

puestos que si tienen ya que los porcentajes del puesto van de acuerdo con lo de escolaridad.



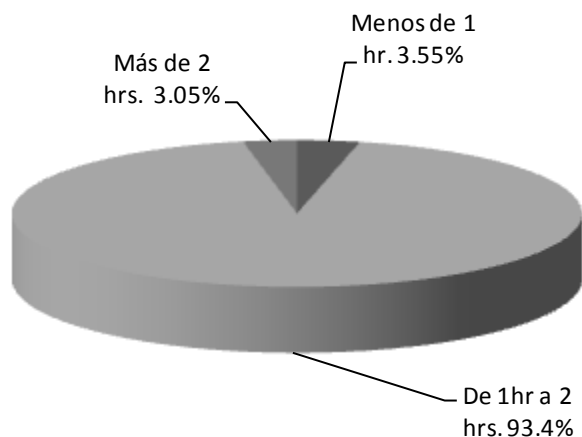
Gráfica 7. Distribución de la muestra según la escolaridad.

La antigüedad de la muestra va desde menos de 1 años hasta más de 10 años; menos de 1 año 56 equivalente al 28.43%, de 1 año a 5 años 83 equivalente al 42.13%, de 5 a 10 años 8 equivalentes al 4.06% y más de 10 años 50 equivalente al 25.38%. El mayor porcentaje de antigüedad de la muestra son las personas que tienen de 1 a 5 años trabajando para la institución a la que pertenecen.



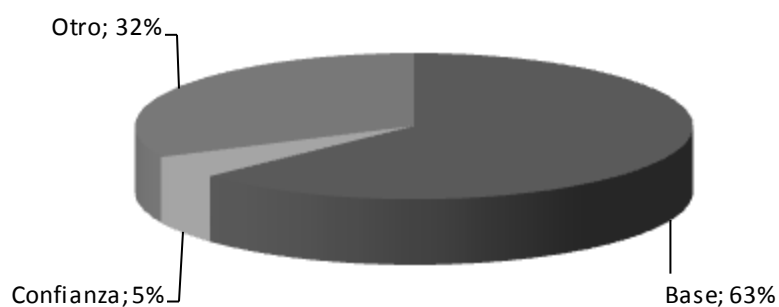
Gráfica 8. Distribución de la muestra según la antigüedad.

El tiempo de traslado de la casa al trabajo se divide en tres rangos; menos de 1 hora 7 correspondiente al 3.55%, de 1 hora a 2 horas 184 correspondiente al 93.4% y más de 2 horas 6 correspondiente 3.05%. Esto quiere decir que un porcentaje alto de la muestra vive lejos de la institución en la que labora.



Gráfica. 9 Distribución de la muestra según el tiempo de traslado de la casa al trabajo.

Con respecto al tipo de situación laboral de la muestra tenemos lo siguiente: confianza 10 que corresponde al 5%, otro 63 que corresponde al 32% y base 126 que equivale al 63%.



Gráfica 10. Distribución de la muestra según la situación en la que labora.

El turno de las instituciones se dividen en 5 categorías; fines de semana 1 equivalente al 1%, mixto 19 equivalente al 9.50%, nocturno 25 equivalente al 12.50%, vespertino 56 equivalente al 28% y matutino 98 equivalente al 49%. Podría interpretarse que la mayoría de la distribución de la muestra para la variable tiempo de traslado oscilaba de 1 a 2 horas, pues si observamos cómo se muestra la variable de turno, vemos que la mayoría se concentra en el turno matutino a las horas del tráfico.

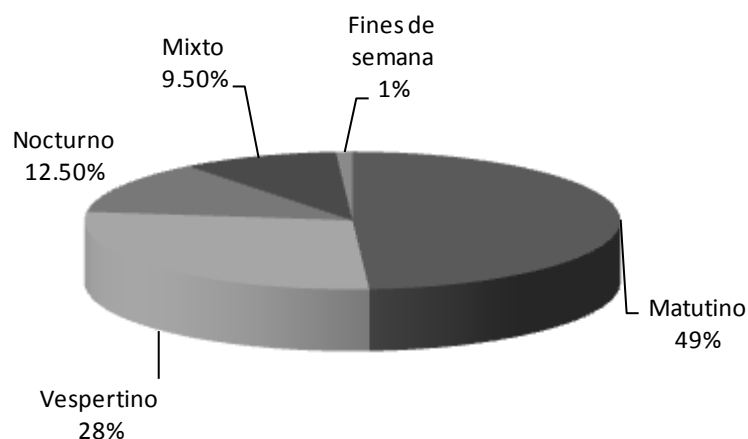
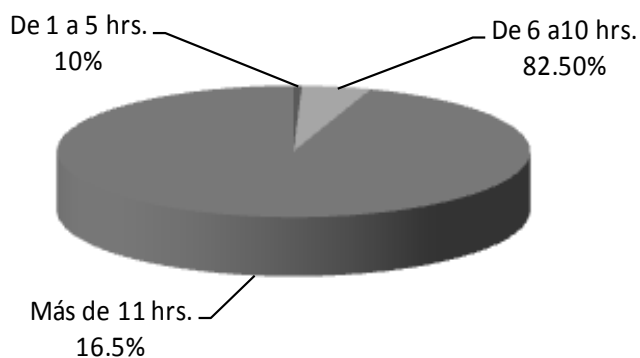


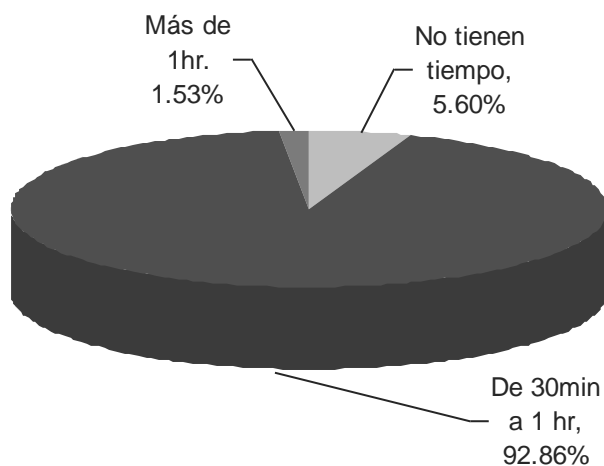
Gráfico 11. Distribución de la muestra según el turno.

Con respecto a las horas que la muestra trabaja los rangos son los siguientes; de 1 a 5 horas 2 correspondientes al 10%, de 6 a 10 horas 165 correspondiente al 82.50% y más de 11 horas 30 correspondiente al 16.5 % del porcentaje total. Lo cual quiere decir que las enfermeras y los doctores trabajan más horas que los demás puestos.



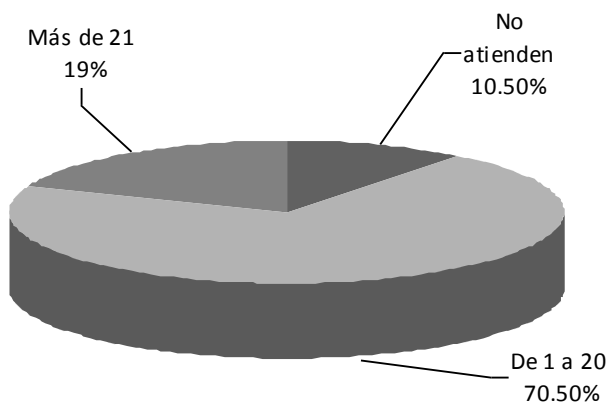
Gráfica 12. Distribución de la muestra según las horas de trabajo.

El tiempo que utilizan para comer va desde los siguientes rangos; no tienen tiempo 11 que equivale al 5.60%, de 30 minutos a 1 hora 182 que equivale al 92.86% y más de 1 hora 3 que equivale al 1.53% total de la distribución. Lo cual quiere decir que la mayoría de la muestra utiliza de 30 minutos a 1 hora para comer.



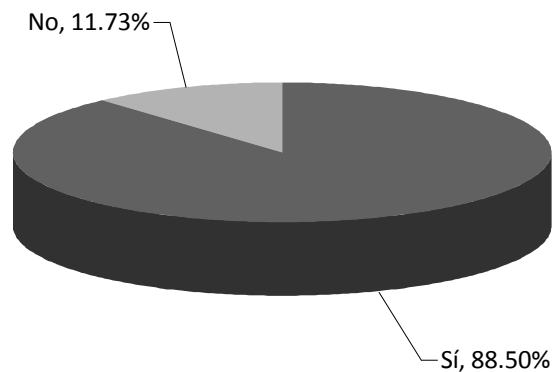
Gráfica 13. Distribución de la muestra según el tiempo que utilizan para comer.

La variable de el número de usuarios que atiende al día se encuentran los siguientes porcentajes; no atienden 21 equivalente al 10.54%, de 1 a 20 usuarios 141 equivalente al 70.50% y más de 21 usuarios 38 equivalente al 19% de la muestra total. Esta variable también refuerza la variable de puesto ya que el porcentaje más alto es de 1 a 20 usuarios por el puesto de enfermera o doctor que también son los más altos.



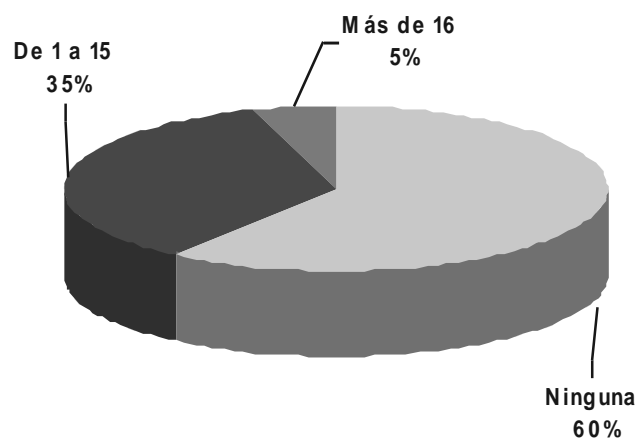
Gráfica 14. Distribución de la muestra según los usuarios que atienden al día.

Con respecto a la variable de supervisión en el trabajo la muestra se distribuye de la siguiente manera: no 23 que equivale al 11.73% y si 177 que equivale al 88.50%.



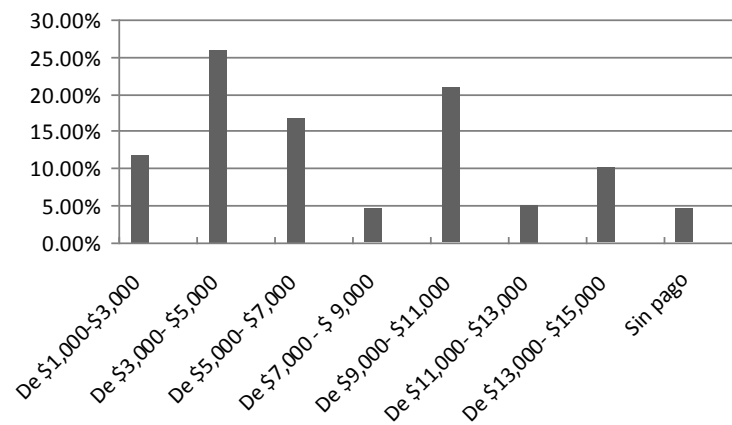
Gráfica 15. Distribución de la muestra según la supervisión que reciben en el trabajo.

Con respecto a la variable de el número de personas que tienen a cargo la muestra se conforma de tal manera: ninguna 120 que corresponde al 60%, de 1 a 15 personas 70 que corresponden al 35% y más de 16 personas 10 correspondiente al 5% de la muestra total.



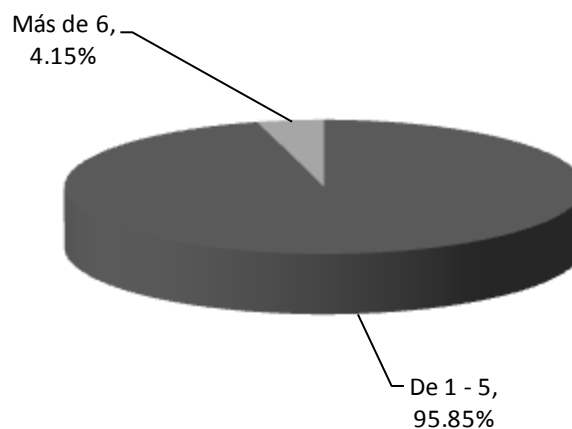
Gráfica 16. Distribución de la muestra según el número de personas a cargo.

Respecto a los sueldos los rangos fueron son los siguientes: sin pago 9 equivalente al 4.59%, de \$1,000 a \$3,000 23 equivalente al 11.73%, de \$3,000 a \$5,000 51 equivalente al 26.02%, de 5,000 a 7,000 33 equivalente al 16.83%, de \$7,000 a \$9,000 9 equivalente 4.59%, de \$9,000 a \$11,000 41 equivalente al 20.91%, de \$11,000 a \$13,000 10 equivalente al 5.10% y de \$13,000 a \$15,000 20 equivalente al 10.20% de la muestra total. Lo cual quiere decir que dado que la mayoría de la muestra son enfermeras, reciben un sueldo de \$3,000 a \$5,000.



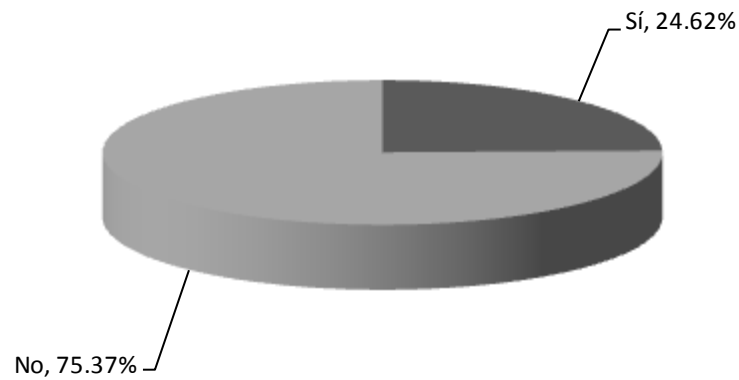
Gráfica 17. Distribución de la muestra según el sueldo.

Respecto al número de trabajos que la muestra ha tenido, se encontró lo siguiente: de 1 a 5 trabajos 185 equivalente al 95.85% y más de 6 trabajos 8 que es igual al 4.15% total de la muestra.



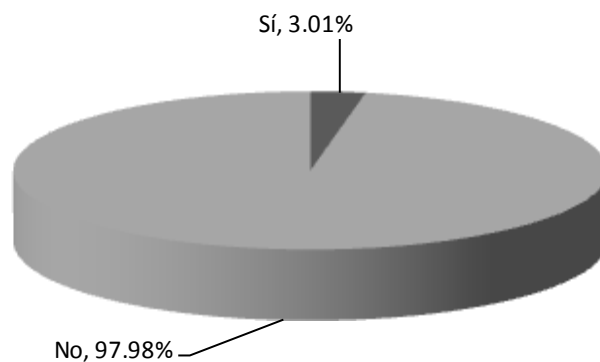
Gráfica 18. Distribución de la muestra según el número de trabajos que han tenido.

En referencia con la variable de si los participantes cuentan con otro trabajo, los resultados son los siguientes: si 49 correspondiente al 24.62% y no 150 correspondiente al 75.37% total de la muestra, eso quiere decir que la muestra prefiere tener solo un trabajo.



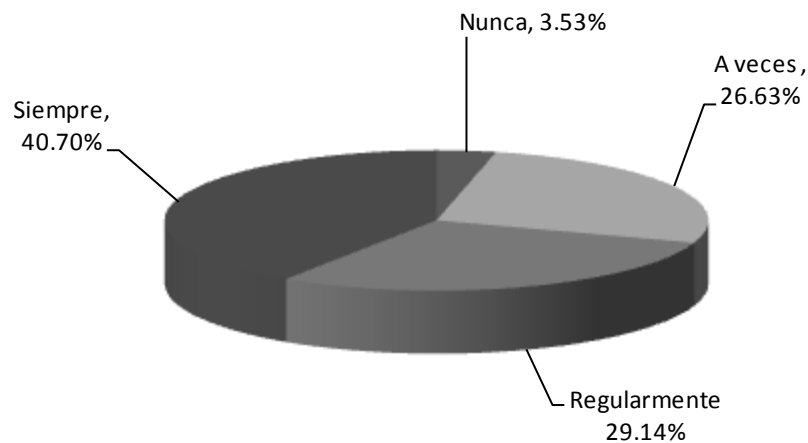
Gráfica 19. Distribución de la muestra respecto a si tienen otro trabajo.

Con respecto a si los participantes tenían pensado cambiar de trabajo los resultados fueron los siguientes: si 7 equivalente al 3.01% y no 192 equivalente al 97.98% total de la muestra.



Gráfica 20. Distribución de la muestra con respecto a si piensan cambiar de trabajo.

Con respecto al apoyo que recibe la muestra se encontró lo siguiente: nunca 5 equivalente al 3.53%, a veces 53 que corresponde al 26.63%, regularmente 58 equivalente al 29.14% y siempre 81 equivalente al 40.70%. Lo cual indica que la muestra siente que regularmente recibe apoyo de compañeros.



Gráfica 21. Distribución de la muestra según se reciben apoyo de compañeros.

5.2 Estadística inferencial

Después de haber obtenido las frecuencias de las variables demográficas y de las características del puesto, para describir la muestra; se procedió a realizar correlaciones Bivariadas de Pearson, esto con el fin de conocer si existen relaciones entre *locus* de control y calidad en el servicio.

Se muestran las correlaciones de *locus* de control:

Para el factor Fatalismo/Suerte (LCF1) aparecen 3 correlaciones estadísticamente significativas se resume en la Tabla 1:

Se encontraron que todas las relaciones son inversamente proporcional con los tres factores de calidad: Capacidad de Respuesta (CF2) $r = -.141$ y $\alpha = .048$, lo que nos indica que las personas entre más creen que todo depende del destino tendrán menos disposición y voluntad para ayudar a los usuarios.

Por otro lado con el factor de calidad: Seguridad (CF3) $r = -.168$ y $\alpha = .047$, se dice entonces que mientras más las personas creen que su éxito se deba al azar, mostrarán menos habilidades para transmitir confianza a las personas que atienden, de igual manera con el factor Empatía (CF4) $r = -.168$ y $\alpha = .019$ quiere decir que, cuando las personas creen que sus acciones se deben a la suerte tendrán menos facilidad de comunicación con los usuarios.

	Calidad Factor 2	Calidad Factor 3	Calidad Factor 4
Locus de Control			
Correlación de Pearson	-.141*	-.142*	-.168*
Sig. (bilateral)	.048	.047	.019
N	196	196	195

Tabla 1. Correlaciones factor 1 de Locus de Control

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Para el factor Poderosos del Macrocosmos (LCF2) las correlaciones obtenidas se muestran en la Tabla 2:

Para *locus* de control Factor Poderoso del Macrocosmos se observa una relación con calidad factor Seguridad (CF3), $r = -.176$ y $\alpha = .013$, lo que podemos decir que cuando las personas piensen que sus jefes o superiores tienen el control en las decisiones, tendrán menos habilidades para demostrar su credibilidad y confianza.

	Calidad Factor 3
Locus de Control	
Correlación de Pearson	.176*
Sig. (bilateral)	.013
N	198

Tabla 2. Correlaciones factor 2 de Locus de Control

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

También es de gran importancia mencionar que en general no se obtuvieron correlaciones significativas con *locus* de control factor Afectividad (LCF3) con ningún factor de calidad en el servicio.

En la siguiente Tabla 3 se muestra la relación significativa del factor Internalidad Instrumental (LCF4):

Podemos ver una relación inversamente proporcional entre *locus* de control con calidad factor Confiabilidad (CF1) con una correlación de $r = -.178$ y $\alpha = .013$, esto nos indica que cuando los individuos creen que tienen el control de su vida, tendrán una mejor habilidad para realizar sus servicios y actividades.

		Calidad Factor 1
Locus de Control Factor 4 Internalidad Instrumental	Correlación de Pearson	-.178
	Sig. (bilateral)	.013
	N	195

Tabla 3. Correlaciones factor 4 de Locus de Control

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Las relaciones del factor Poderosos del Microcosmos (LCF5) se resumen en la siguiente tabla 4:

Podemos observar una correlación negativa altamente significativa entre *locus* de control factor Poderosos del Microcosmos y el factor de calidad Confianza (CF1) $r = -.202$ y $\alpha = .005$ lo que nos dice que si los trabajadores creen que sus jefes tienen el poder de tomar las decisiones no podrán realizar sus servicios de una manera confiables y cuidadosa.

Otra relación se dio con calidad en el servicio factor Empatía ($r = -.142$ y $\alpha = .048$). Esto significa que; cuando las personas en el ambiente de trabajo creen que alguna autoridad tiene poder sobre él, sentirán menos empatía y amabilidad hacia el usuario.

		Calidad Factor 1	Calidad Factor 4
Locus de Control factor 5 Poderosos del Microcosmos	Correlación de Pearson	-.202*	-.142*
	Sig. (bilateral)	.005	.048
	N	196	196

Tabla 4. Correlaciones factor 5 de Locus de Control

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

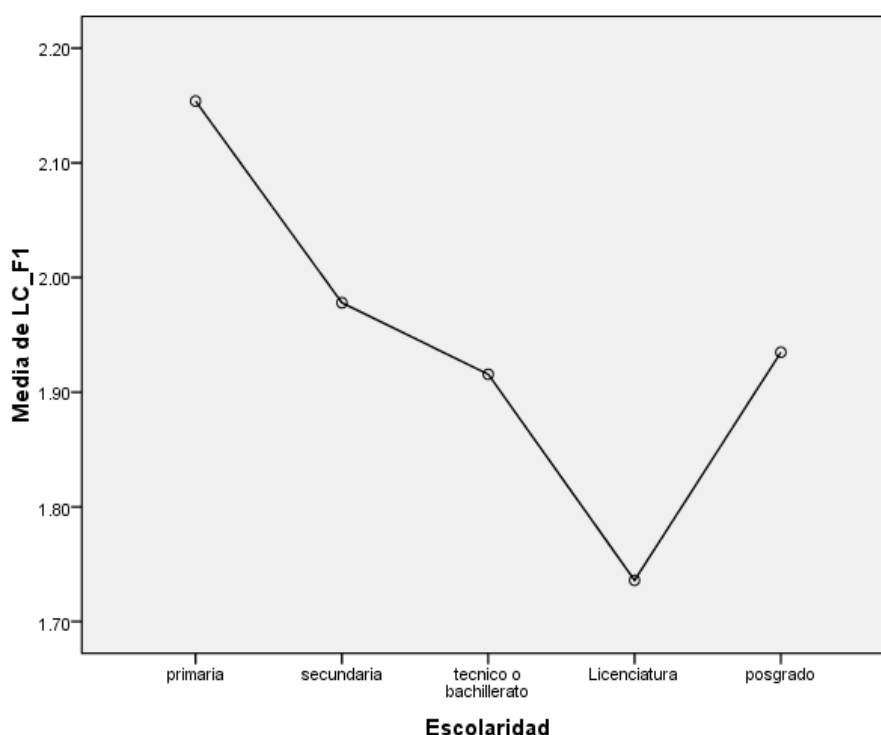
5.2.1 Análisis de Varianza

Se procedió a realizar un análisis de varianza, con el fin de comparar las variables clasificatorias con *Locus* de Control y Calidad en el Servicio, las relaciones existentes entre dichas variables son de diferente intensidad, a continuación se destacan aquellas que fueron significativas.

Un punto importante que se puede observar es que el horario de trabajo no tiene relación alguna con la variable de Calidad en el Servicio, y esto resulta de gran importancia para este estudio ya que vemos que el tipo de horario ya sea matutino, vespertino o mixto no afecta al empleado para realizar sus servicios con calidad.

Locus de Control: Fatalismo/Suerte (LCF1)

Se halló una relación con el número de personas a su cargo $\alpha=.028$, con lo cual vemos que entre más personas tengan a su cargo, los trabajadores piensan que es debido a algún factor azaroso y no gracias a su esfuerzo, esto también puede deberse al nivel de estudios que tenga la persona, ya que los que tienen un nivel de estudio de primaria creen que los resultados de su conducta dependen de la suerte; esto va disminuyendo con el nivel de estudios que tengan los trabajadores, aunque hay una ligera diferencia entre los que tienen estudios de posgrado; a continuación vemos la gráfica 22:



Gráfica 22: Relación entre Escolaridad y Locus de Control Fatalismo/Suerte

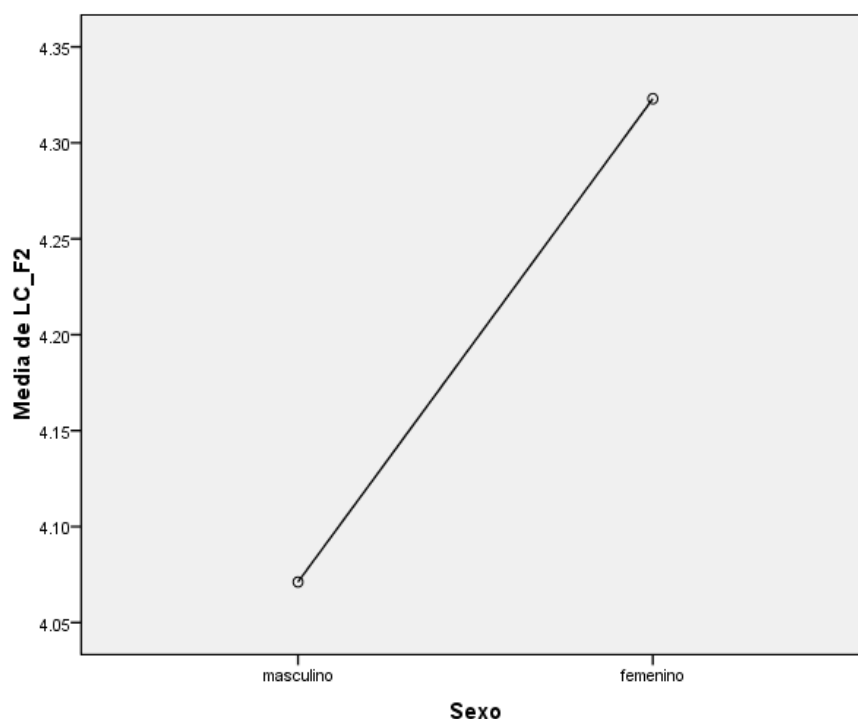
Locus de Control: Poderoso del Macrocosmos (LCF2)

Por otra parte con la variable "puesto" $\alpha = .048$ se observa una relación con *locus* de control factor Poderoso del Macrocosmos (LCF2), nos dice que las enfermeras, doctores y administrativos piensan que: solo los que tienen el control para tomar las decisiones que afectan su destino, son las personas que tienen poder, puede ser el gobierno, esto se relaciona con la variable número de trabajos que han tenido $\alpha = .015$, se puede decir entonces que las personas creen que los diferentes trabajos que han tenido son debidos a la decisiones poderosas de otras personas superiores y que ellos no tienen responsabilidad alguna.

Locus de Control: Afectividad (LCF3)

Para la variable de sexo podemos ver (gráfica 23) que tiene significancia de $\alpha = .05$ con lo que observamos que las mujeres miden más las situaciones para conseguir objetivos a través de relaciones afectivas de quienes las rodean.

De este factor se relaciona con el tiempo para comer $\alpha = .038$, de lo que podemos decir cuando los trabajadores no gocen de tiempo para comer, tendrán menos tiempo para establecer relaciones afectivas las cuales les podrán ayudar a conseguir sus objetivos.



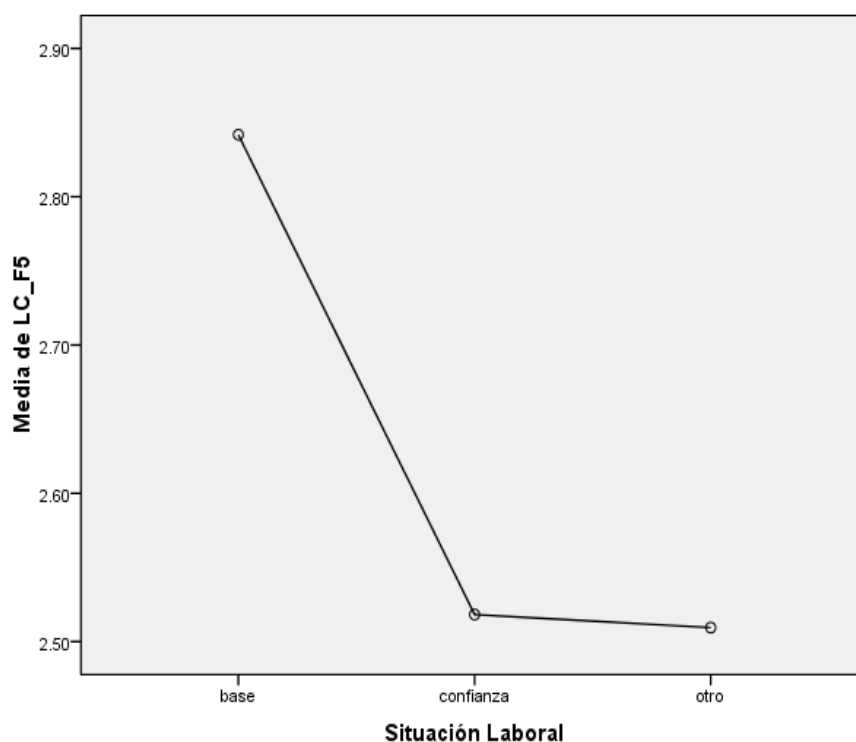
Gráfica 23: Relación entre Sexo y Locus de Control Poderosos del Macrocosmos

Locus de Control: Internalidad Instrumental (LCF4)

En este factor encontramos que tiene que ver con la variable apoyo entre compañeros de la misma área $\alpha = .037$, esto es si no existe el apoyo entre compañeros dentro del mismo departamento de trabajo, las personas no entenderán que las situaciones por las que pasan son debido a que controlan su vida resultado de su esfuerzo.

Locus de Control: Poderosos del Microcosmos (LCF5)

Podemos observar una relación entre la variable situación laboral $\alpha = .010$; en la cual las personas que son de confianza creen que sus patrones o jefes tienen el poder del sistema en el que se encuentran laborando y ellos son los que toman las decisiones sin que haya nada que hacer.

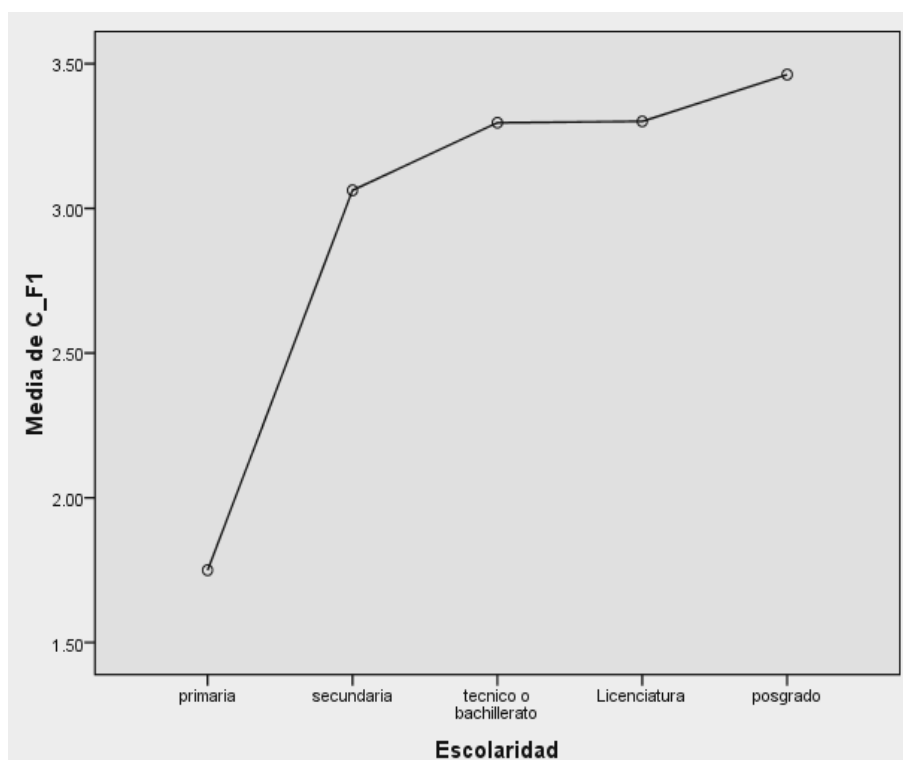


Gráfica 24: Relación entre Situación Laboral y Locus de Control Poderosos del Microcosmos

Calidad en el Servicio: Confiabilidad (CF1)

En cuanto a la variable de escolaridad podemos ver en la gráfica 25 que se relaciona con el factor de calidad en el servicio Confiabilidad $\alpha = .035$ esto es; que un nivel superior de escolaridad que tengan los empleados va a depender

para que ellos tenga la habilidad para realizar el servicio que prestan de una manera fiable y cuidadosa.

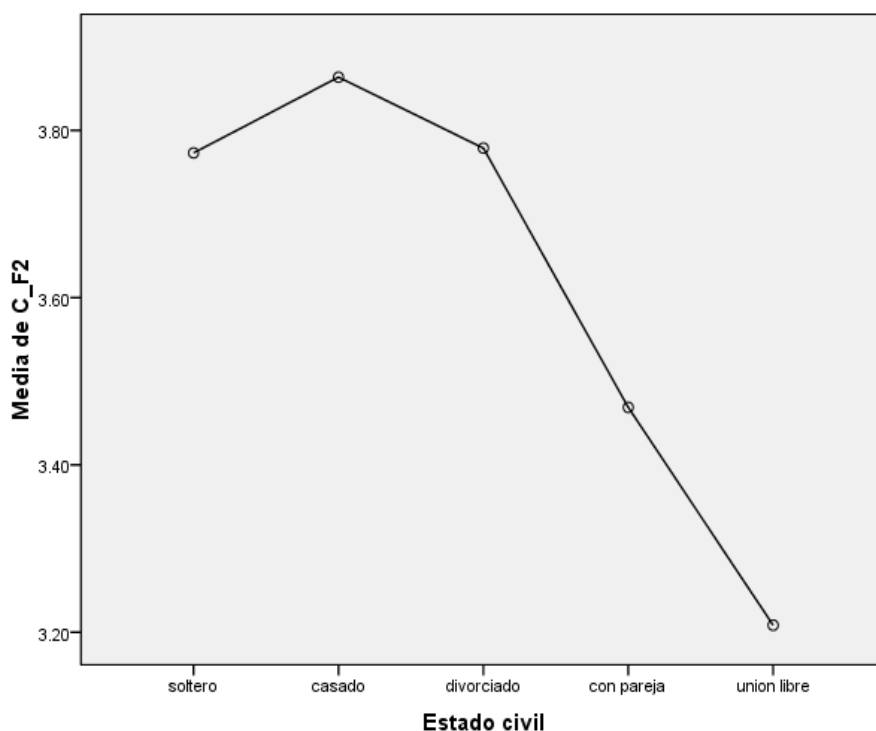


Gráfica 25: Relación entre Escolaridad y Calidad en el Servicio factor Confiabilidad

Calidad en el Servicio: Capacidad de Respuesta (CF2)

Se ve una relación con tres variables; las primeras dos: entre dependientes económicos $\alpha = .032$, tiempo para comer $\alpha = .042$, lo que muestra que cuando las personas tengan un mayor número de dependientes económicos y no tengan el suficiente tiempo para comer, asumirán una menor disposición para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.

Por el contrario sucede con la variable de estado civil $\alpha = .007$, ya que entre los solteros, casados y divorciados; tienen una mejor capacidad de respuesta; esto es, que tienen una buena disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido, esto a diferencia de las personas que están en unión libre o que solo tienen pareja. A continuación la gráfica 26:



Gráfica 26: Relación entre Edo. Civil y Calidad en el Servicio Capacidad de Respuesta

Calidad en el Servicio: Seguridad (CF3)

Este factor se relaciona con la situación laboral de los empleados $\alpha = .016$, ya que los que se encuentran en circunstancia laboral de confianza realizan sus actividades de una manera fiable, muestran sus habilidades y conocimientos de una manera creíble.

Calidad en el Servicio: Empatía (CF4)

Se relaciona con la variable apoyo entre compañeros de la misma área $\alpha = .021$ lo que nos sugiere que si las personas no reciben apoyo de sus compañeros, no podrán mostrar amabilidad y comprensión hacia los usuarios.

Para finalizar es de gran importancia resaltar que las variables: horario de trabajo, salario, recibe supervisión en su trabajo, personas a cargo, tiene otro trabajo, piensa cambiar de trabajo; no resultaron significativas para esta investigación.

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

El propósito principal de este estudio fue investigar si existía relación entre locus de control y calidad en el servicio. Por otra parte también se revisó las variables clasificatorias que afectan la calidad en el servicio, esto realizado a 200 trabajadores de dos Hospitales Gubernamentales de la Ciudad de México, ya que no se encontraron investigaciones con estas dos variables.

La importancia del constructo de *locus* de control radica en que una persona se anticipa ante una situación dada de acuerdo a las expectativas generales que se ha formado según sus experiencias pasadas de reforzamiento, lo cual puede afectar una gran variedad de conductas, por ejemplo, la calidad en el servicio de los trabajadores de los hospitales gubernamentales.

Una vez que se obtuvieron los resultados de acuerdo al análisis estadístico SPSS para Windows versión 17.0 en español. Se evaluaron e interpretaron, sus relaciones, semejanzas y diferencias con los antecedentes teóricos de *locus* de control y calidad en el servicio, para encontrar contribuciones nuevas de este estudio.

De acuerdo con los resultados obtenidos se observó que sí existe relación significativa entre *locus* de control y calidad en el servicio, ya que los 4 factores de calidad tuvieron una correlación con Fatalismo/Suerte, Poderosos del Macrocósmos, Internalidad Instrumental y Poderosos del Microcósmos. Esto significa que las personas bajan su calidad al proporcionar el servicio en su lugar de trabajo, en este caso los hospitales, ya que atribuyen las causas de sus acciones a fuerzas externas, tales como: el azar, la suerte o el destino; así como la creencia de que el mundo depende de las personas que tienen el poder y por tanto el control; sin nada que se pueda hacer.

Baraño (1980) decía que las organizaciones se orientaban más a la jerarquización, pues las describía como un complejo de relaciones jerárquicas que se mantienen bajo la autoridad, tal vez sea una razón del porque los empleados sienten que los responsables son sus superiores, pero con todo esto, deberían de esforzarse por dar una mejor imagen de la organización dando calidad en el servicio, es cierto que los jefes inmediatos o superiores dan las ordenes, pero también es cierto que los trabajadores deben de hacerlo de la mejor forma cumpliendo con los requerimientos que los usuarios piden.

Siguiendo en la misma línea, es importante destacar es que también se obtuvieron correlaciones de los cinco factores de *locus* de control con calidad en el servicio; tres de ellos pertenecen a *locus* de control externo, es por eso que dichos resultados coinciden con lo encontrado en la literatura; Worcher en el 2003 que afirma que las personas con *locus* de control externo perciben que su destino esta controlado por factores fuera de ellas mismas. En ese estudio las personas piensan también que no tienen el control sobre lo que sucede y por lo tanto no se esfuerzan mucho.

De igual manera las aportaciones de Rotter (1966) y Lefcourt (1984) coinciden con estos resultados; ya que afirman que los individuos con un *locus* de control

externo consideran que la casualidad o la suerte resolverán sus problemas y se caracterizan por ser menos productivos.

También se encontraron diferentes autores que concuerdan con el resultado obtenido en donde los trabajadores con *locus* de control externo, se encuentran más inclinados a creer que los factores externos los controlan y en consecuencia adoptan actitudes de conformismo, apatía, desinterés y sumisión con mayor frecuencia que los trabajadores con *locus* de control interno, en consecuencia, se esfuerzan menos en prepararse para el futuro, trazar un plan de vida propio, formarse expectativas y metas de considerable nivel de compromiso, o bien en prever las consecuencias de sus acciones, son trabajadores, que generalmente observan bajo desempeño y con mayor frecuencia son dados de baja, muestran tasas de ausentismo más altas, están menos satisfechos con sus labores, son más sumisos y están más dispuestos a seguir instrucciones, su mejor rendimiento lo obtienen en puestos cuyas actividades son rutinarias y de bajo nivel jerárquico; esto es debido a que creen que los resultados que obtendrán, no están vinculados con sus acciones y a que realmente pueden ser modificados, e influenciados por los juicios y decisiones de otras personas más importantes, la suerte o el destino (Ivancevich, Konopaske y Matteson (2005); Key Susan (2002); Treviño y Youngblood (1990); Kinicki y Kreitner (2003); Furnhan (1992, 1997), en Casique, 2007).

Por otro lado, también se hallan relaciones significativas con las variables de características del puesto. En este caso, con los factores de *locus* de control externo son: el número de personas a cargo, el tipo de puesto que ocupan las personas y la situación laboral en la que se encuentran (confianza, base, otro). Esto es, que cuando los trabajadores tengan más personas a su cargo, ya sean enfermeras, médicos o administrativos y se encuentren en una situación laboral de confianza, piensan que las cosas ocurren debido a factores azarosos, externos a ellos, y no gracias a su esfuerzo y que solo los que tienen el control para tomar las decisiones que afectan su destino son las personas que tienen poder, puede ser el gobierno. Así mismo también creen que sus patrones o jefes tienen el poder del sistema en el que se encuentran laborando y ellos son los que toman las decisiones sin que haya nada que hacer. Esto llega a tener grandes repercusiones de la calidad en el servicio ya que presentan un desempeño más bajo, menos interés, poca disponibilidad, falta de voluntad y una escasa comunicación hacia los usuarios, lo que no permite que estos perciban una buena atención y por ende que no exista la calidad en el servicio.

En la literatura se encuentran ciertas características de las personas con *locus* de control externo las cuales coinciden con las reportadas en los resultados de esta investigación; las cuales son dadas por Rodríguez 1992 (en Gil, 2006):

- Presentan desempeños más pobres
- Menor interés en el medio
- Menos orientados a realizar nuevas tareas y cuando llegan a realizarlas son menos eficientes.
- Tienen poco interés por el éxito
- Tienden al fracaso.

De esta forma afirmamos que los individuos con un *locus* de control externo consideran que la casualidad o la suerte resolverán sus problemas y se caracterizan por ser menos productivos (Díaz-Guerrero, 1982).

Del lado opuesto tenemos las variables relacionadas con *locus* de control interno las cuales son: el sexo, el tiempo para comer y el apoyo entre compañeros de la misma área, lo que indica que las mujeres evalúan mejor las situaciones para conseguir objetivos a través de relaciones afectivas de quienes las rodean y para lograr esto deben tener un tiempo considerable para comer, que les permita conseguir buenas relaciones interpersonales y de esta manera exista el apoyo entre compañeros ya que si esto no se alcanza los trabajadores no entenderán que las situaciones por las que pasan son debido a que controlan su vida resultado de su esfuerzo. Rotter (1966) afirma que los individuos con un *locus* de control interno están más relacionados a experiencias de buen éxito y conductas de logro ya que son personas que:

- Están más atentos a todo aquello que les pueda dar información para su conducta futura.
- Intentan aumentar sus condiciones ambientales.
- Ponen mayor atención en las destrezas o reforzamientos de logro y son más comprometidos por sus habilidades en especial sus fracasos o errores.
- Son más resistentes a manipulaciones exteriores que lo puedan influenciar.

Lefcourt, 1984 reporta además:

- Mayor procesamiento de más tareas de reto, mayor habilidad para obtener gratificación y persistir a pesar de dificultades.
- Mejores relaciones interpersonales, mayor asertividad hacia los demás, mayor respeto.
- Mayor autoestima, mejor sentido del humor, menor ansiedad y menor depresión (Gil, 2006).

A continuación se mencionan las conclusiones relacionadas con calidad en el servicio y las variables de características del puesto:

La escolaridad es muy importante para llevar a cabo una adecuada seguridad de la calidad en el servicio ya que los pacientes prefieren a personal que sabe lo que hace y que realiza su trabajo de una forma fiable y esto es posible cuando cada trabajador tiene un adecuado nivel de escolaridad y que tenga los conocimientos adecuados para ofrecer un servicio de la misma manera, cuando esto no es posible, lo que se logra son pacientes insatisfechos.

La capacidad de respuesta en sí engloba muchas, si no es que todas las características de la calidad en el servicio, ya que se debe de tener comunicación, responsabilidad, profesionalismo, sensibilidad etc., a la hora de poder atender a un usuario. Este factor se relacionó directamente con las variables de tiempo para comer, dependientes económicos y estado civil, lo que tiene una explicación muy razonable, pues por ejemplo, si se tiene poco

tiempo para comer, aumentará en el trabajador la tensión o la rapidez con que haga esta actividad y lo que restara podría ser que el prestador de servicio se sienta tenso, de malas o con hambre si no satisface la necesidad de comer y esto a su vez dará un mal servicio.

Otra relación que se encontró con esta variable fue el estado civil, ya que cuando las personas son casadas se comprometen más a ser estables en su trabajo y responder de forma más considerada a los pacientes, ya que tiene responsabilidades económicas con su pareja.

La situación laboral en la que se está trabajando es también muy importante pues el trabajador debe de sentirse más seguro cuando tiene un contrato de base ya que en él se respalda, por lo cual tiene que demostrar que tiene los conocimientos adecuados, y que den a los usuarios la confianza de que cada uno de los trabajadores sabe lo que hace, esto a su vez genera una percepción de buen servicio y también ayuda a que los mismos no pierdan su puesto.

El apoyo entre compañero de la misma área es primordial para que se dé un servicio de calidad, pues el servicio interno es la base de este, si entre compañeros existe la ausencia de apoyo, difícilmente se podrá ayudar por completo al paciente, pues no se sentirá empatía para ambas partes, es decir tanto para el paciente como para los compañeros de trabajo, en primera, es primordial que se sienta empatía entre compañeros ya que sentirán la responsabilidad de apoyarse entre ellos y esto puede generar la empatía con los pacientes ya que sabrán comprender sus necesidades y tendrán un compromiso de servicio para satisfacer estas.

También en esta investigación se pudo observar como es el servicio en los hospitales gubernamentales; ya que todos los que conforman la organización interactúan para cubrir las necesidades de sus usuarios. Albrecht (1990) considera que son tres los elementos importantes que trabajan en conjunto, para que se pueda mantener un alto nivel de calidad en el servicio, los cuales son:

1. Una estrategia de servicio bien concebida
2. Personal que tiene contacto con el público
3. Sistemas amables para el cliente

Estos tres elementos anteriores, en conjunto son una buena estrategia de servicio que los trabajadores deberían de tener muy presente y saber en que consiste cada uno para lograr una optima calidad en el servicio, aunque algunas veces llevarlos a cabo es una tarea complicada, ya que depende de muchos factores; en este caso, el *locus* de control de cada persona, y las situaciones en las que laboran.

Otro elemento importante a destacar, es que dentro de todas las organizaciones se lleva a cabo un servicio interno. En la literatura Albrecht (1992) dice que las personas deben comprender que todos estamos en el mundo del servicio, no solo los que tratan directamente con el público, esto lo

podimos comprobar en la realización de este trabajo, ya que al momento de realizar una actividad o solicitar un documento entre ellos mismos se genera un servicio interno y cada una de ellos debe de intentar dar el mejor servicio a sus compañeros porque desde ese momento se genera un apoyo entre ellos brindando a su vez un servicio de calidad a los usuarios externos.

Podemos decir que las personas que trabajan en esos Hospitales, o en Hospitales de Gobierno presentan más locus de control externo, ya que las correlaciones muestran más significancia con los factores de locus de control externo y calidad en el servicio.

Es importante saber que el locus de control varía de cultura a cultura, pues la estructura social de un país influye en las diferencias entre el locus de control de sus habitantes. Tal sería un caso de los países en donde las personas tienen menos oportunidades sociales y vocacionales, cuyas personas tendrían una mayor incidencia hacia la externalidad, que aquellos habitantes de países en donde exista la posibilidad y oportunidad de luchar y obtener ciertos logros personales y sociales, otro factor que también puede influir son los valores en cada sociedad, ya que los individuos que creen en sociedades donde los valores tradicionales como la obediencia y la conformidad son aceptados, darán mayor importancia a factores externos de control.

Díaz Guerrero en 1972 describe que en México manejamos una cultura de respeto y total obediencia hacia los padres, es posible que los sujetos desde niños consideren que muchas de sus conductas están fuera de su control, debido a la educación recibida por parte de sus padres y a la manera en que estos pudieron permitir o restringir las oportunidades de sus hijos. Las creencias religiosas y los pensamientos mágicos son factores predominantes de nuestro país, está es una razón por la cual existen fuertes tendencias hacia la externalidad (Mondragón, 2001).

Por ultimo, con base en la experiencia que se tuvo, al realizar esta investigación, se dice que el beneficio que se obtiene es en primera, saber como esta constituido el personal de esas instituciones, es decir, con que tipo de *locus* de control se rigen, así como también estas conclusiones ayudan a que se pueden implementar cursos de capacitación, en donde en ellos, se logren retomar temas de calidad en el servicio y *locus* de control, así como también poder capacitar al personal para que puedan guiarse más por el *locus* de control interno, esto pensando en que ellos son los responsables de su conducta y no los factores externos, los beneficios que obtendrán dichas organizaciones es la mejora de la calidad en el servicio, pues es probable que la productividad aumente.

Un punto que también se cree que es de suma importancia, es que gracias a lo reportado, las instituciones pueden hacer un proceso de reclutamiento mejor, esto con el beneficio de mejorar la calidad del servicio que los trabajadores ofrecen, al contar con este tipo de datos estas pueden poner en el perfil que se requiere a candidatos que tengan un alto *locus* de control interno.

Limitaciones y Sugerencias

A continuación, se presentan algunas de las limitantes hacia esta investigación:

- ☒ La mayoría de la muestra con la que se contó fue del sexo femenino esto hace que los resultados sean más generalizables para las mujeres.
- ☒ La muestra fue muy pequeña para aplicar los resultados a estos dos hospitales.
- ☒ No se contó con igual número de personas en turnos y puestos, por lo cual los resultados son más generalizados al turno matutino y a enfermeras que fue la mayoría de la muestra.

Por otro lado, algunas de las sugerencias que se pueden hacer son las siguientes:

- ☒ Ampliar el número de participantes de la muestra para que sea más significativa y pueda ser más aplicada por lo menos en estos dos hospitales.
- ☒ Realizar una comparación de los hospitales gubernamentales con los hospitales privados, con respecto a la calidad y *locus* de control de sus empleados.
- ☒ Se exhorta la participación o iniciativa de los empleados al contestar este tipo de instrumentos, ya que esto le ayuda a la administración de la organización para saber el diagnóstico de sus empleados.
- ☒ Replicar la investigación, pero en otro tipo de instituciones o empresas como las comerciales o de producción, para ver la diferencia que existe entre estas, es decir definir si los resultados son aplicables en otro rubro de organizaciones o solo en los del ámbito hospitalario.

Referencias

Acuña, E., Alemán, T. (2004). *Relación entre las creencias y actitudes de salud y el uso del sector salud en población metropolitana*. Psicología de la Salud. Tesis Empírica. FES Iztacala. UNAM.

Aguirre, H. (1990). *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Salud Pública de México. Marzo-Abril. 32, 00,2 170-180.

Albrecht, K. & Zemke, R. (1991). *Gerencia del servicio. La dirección de empresas en una economía donde las relaciones son más importantes que los productos*. Colombia: Legis, 6º Edición.

Albrecht, K. (1992). *La revolución del servicio*. Colombia: Legis, 3º Edición.

Alvarado, K. (2005). *El papel de la comunicación y la información en las organizaciones públicas*. Tesis de Licenciatura. FES Acatlán. UNAM.

Arango, C. (2009). *Importancia de los costos de la calidad y la no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad*. Revista EAN 67. Septiembre- Diciembre. P. 75-94.

Arellano, G. (2002). *Factores que inciden en la actitud de las enfermeras para la calidad en el servicio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Blanco, M. (2006). *Relación entre maquiavelismo y Locus de Control en universitarios de diferentes áreas de estudio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Campanella, J. (1992). *Los principios de los costes de la mala calidad*. Madrid; ediciones Díaz de Santos.

Camus, G. (2001). *Administración en la empresa*. México: Trillas.

Canela, J. (2004) *La Gestión por la Calidad Total en la empresa moderna*. México: AlfaOmega

Casique, A. & López, F., (2007). *El locus de control*. Revista Panorama Administrativo. Año 1. No. 2.

Chávez, J. (2010). *Desarrollo y validación del instrumento de medición de calidad en el servicio (MEDSERV) en una muestra de trabajadores y usuarios mexicanos de servicio médicos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Chiavenato, I. (2000). *Administración de Recursos Humanos*. Colombia: McGrawHill.

- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: McGrawHill.
- Daft, R. (2005). *Teoría y diseño organizacional*. México: Thomson.
- Daft, R. (2006). *Introducción a la administración*. México: Thomson. 4ª. Edición.
- Deming, E. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad*. Madrid: Ediciones Días de Santos S. A.
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la Asistencia Médica: definición y métodos de evaluación*. México: Ediciones Científicas.
- Díaz, R. (1994). *Psicología del Mexicano*. México: Editorial Trillas.
- Díaz-Loving, R. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Pearson.
- Engler, E. (1996). *Teorías de la Personalidad*: México: Mc Graw Hill.
- Fajardo, D. y García, E. (2008). *Dirección de Hospitales*. México: Manual Moderno.
- Fansisco, G., Rodríguez, G. & Alcover, M. (2003). *Introducción a la Psicología de las organizaciones*. Madrid: Alanza Editorial.
- Farné, S. (2003). *Estudio sobre la calidad del empleo en Colombia*. Perú: Oficina Internacional del Trabajo: Oficina Regional para América Latina y Caribe.
- Flores, L. y Rosas, L. (2009). *Evaluación de la calidad en el servicio con relación a la satisfacción laboral en una institución del Sector Salud Público*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Gil, F. (2006). *Enfrentamiento a los problemas y locus de control en adolescentes de la ciudad de México*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- González, B., López, P., Marin, I., Haro, L. & Macías A. (2002). *Satisfacción del usuario de los servicios de salud en el trabajo*. Revista Médica IMSS. 4, 301-304.
- González, F., Navarro, A. & Sánchez, M. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte*. España: Editorial Ars Medica.
- Grados, J. (2003). *Reclutamiento, contratación e inducción del personal*. México: Manual Moderno.
- Guillén, C. (2000). *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. España: McGraw-Hill.

Harrington, J. (1990). *Los costes de la mala calidad*. Madrid; ediciones Díaz de Santos.

Hernández, H., Navarro, R., Robledo, G. & Romero, P. (2007). *Encuesta de satisfacción en pacientes externos de cinco servicios de un hospital general*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. 20,4, 265-273.

Hernández, S. Rodríguez. (2001). *Introducción a la administración: Un enfoque teórico práctico*. México: McGraw- Hill.

Hodge, B. (2005). *Teoría de la organización: un enfoque estratégico*. España: Pearson. 6ª. Edición.

INEGI,2010.<http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=25433&t=1> consultado el 31 de Octubre.

Juan, D., & Méndez, B. (2008). *La Relación entre Locus de Control, Asertividad, Abnegación, como predictores del Rendimiento Escolar, en estudiantes del tercer grado de secundaria*. Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Zaragoza. UNAM.

La Rosa, J. (1986). *Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Machinsky, P. (2007). *Psicología aplicada al trabajo*. México: CENGACE.

Malagón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Colombia: Médica Panamericana.

Martínez de Alva, D. (2004). *Formación de equipos de trabajo apoyados en un plan de capacitación para garantizar un servicio de calidad en una empresa de autotransporte de pasajeros*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Martínez, G., Salinas, M. (2008). *Autoestima y calidad en el servicio en el Hospital de la Mujer*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Martínez, L. & Sánchez, M. (2001). *El clima organizacional y la percepción de la calidad en la atención médica*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Medina, B. (2006). *Relación entre maquiavelismo y locus de control en universitarios de diferentes áreas de estudio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Medina, G., García, F. (2002). *Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento*. Cuadernos de Psicología del deporte. Facultad de Psicología Universidad de Murcia. Vol. 2 No. 2.

Mendoza, A. (2003). *Modelos de evaluación de la Calidad en Instituciones Universitarias*. Madrid: Universitarios.

Mendoza, M. (2000). *Elaboración de programas anuales de capacitación tendientes a elevar la Calidad en el Servicio en una Institución Pública*. Reporte laboral. Facultad de Psicología. UNAM.

Mercado, H. (2000). *Administración y calidad crecer para producir*. México: Editorial Pac.

Mondragón, M. (2001). *5 Factores de personalidad y locus de control en el delincuente*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Moreno, M. y Peris, F. (2001). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos*. Madrid: Pearson Educación.

Mountaudon, C. (2004). *Historia de la calidad mundial*. México: Lupus Inquisitor.

Oros, L. (2005). *Locus de Control: evolución de su concepto y operacionalización*. *Revista de Psicología*. Vol. XIV No. 001. pp. 89-97.

Ortiz, R, Muñoz, S. & Torres, E. (2004). *Satisfacción de los usuarios de hospitales de Hidalgo, México*. *Revista Española de Salud Pública*. Madrid, 78, 45-52.

Palac, F. (2008). *Psicología de la organización*. España: Prentice-Hall.

Palacios, B. (2006). *Administración de la calidad*. México: Trillas.

Palacios, M. (2010). *Importancia del trabajo en equipo a partir de un curso de sensibilización para la Calidad en el Servicio*. Informe de prácticas. Facultad de Psicología. UNAM.

Pariente, F. (2001). *Teoría de las Organizaciones, un enfoque de metáforas*. México: Porrúa.

Plancarte, R. (1997). *El servicio como poder de cambio: la característica distintiva en los negocios*. México: Ediciones Castillo.

Ponce, J., Reyes, H. & Ponce; G. (2006). *Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad*. *Revista de Enfermería IMSS*. 4,2, 65-73.

Prieto, J. (2005). *El servicio en acción: la única forma de ganar todos*. Colombia: ECOE Ediciones.

Ramírez, T., Nagera, P. & Nigeda, G. (1998). *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. *Salud Pública*. Enero-Febrero. 40, 1, 1-10.

Reza, J y Reza G. (2001). *Administración total para las organizaciones del tercer milenio*. México: PAC.

Robbins, S. (2005). *Administración*. México: Prentice-Hall.

Rodríguez, A. (2001). *Introducción a la Psicología del trabajo y de las organizaciones*. Madrid. Ediciones Pirámide.

Rodríguez, H. Díaz, T et al. (2004). *Psicología de las organizaciones*. Barcelona: UOC.

Rojas, A. (2007). *Calidad en el servicio y cambio de actitudes*. Informe de prácticas. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Rojas, A. (2007). *Calidad en el servicio y cambio de actitudes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Rotter, J. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control Of Reinforcement. *Psychological Monographs I*, No. 609.

Ruíz, J. y López, C. (2004). *La gestión por la calidad total en la empresa moderna*. Madrid: AlfaOmega.

Saldaña, E. & Ruiz, H. (2003). *Implementación de un programa de capacitación para favorecer el desarrollo de una cultura de calidad*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Sarv, S. (1998). *Control de calidad total. Claves, metodologías y administración para el éxito*. México: Mc-Graw.

Temes, J. y Mengibar, M. (2007). *Gestión Hospitalaria*. España: Mc-GrawHill.

Ulloa, D. (2007). *El Locus de Control y su Relación con el Desempeño Laboral en personal administrativo de la Procuraduría General de la República*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Ulloa, D. (2007). *El locus de control y su relación con el desempeño laboral en personal administrativo de la Procuraduria General de la Republica*. Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza. UNAM.

Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de santos.

Visdómine, J., & Luciano, C. (2006). *Locus de Control y Autorregulación Conductual: Revisiones Conceptual y Experimental*. *International Journal of clinical and Healths Psychology*, Vol. 6 No. 3, p. 729-151.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. (2003). *Psicología social*. México: Editorial Color.

ANEXOS



1 INSTRUCCIONES: En la siguiente lista de afirmaciones, usted debe indicar en la hoja de respuestas, en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles, donde 1 es totalmente en desacuerdo; 2 desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Conteste todas las afirmaciones apegándose a su criterio y trate de contestar lo menos posible la opción 3.

1.-El servicio de los empleados es acertado.

2.-El personal tiene un trato grosero con los usuarios.

3.-Cuando el personal se compromete hacer algo para una fecha establecida, lo hace.

4.-Los trabajadores tienen los conocimientos necesarios para contestar las preguntas de los usuarios.

5.-Los servicios que presta el personal son puntuales.

6.-El personal tiene un servicio eficaz con los usuarios.

7.-Los trabajadores no están preparados para brindar el servicio.

8.-El personal es competente para atender correctamente al público.

9.-El servicio de los empleados es eficiente todo el tiempo.

10.-Las quejas se resuelven lentamente.

11.-El personal no ha sido capacitado para atender a los usuarios.

12.-Los empleados realizan el servicio en el tiempo establecido.

13.-El personal es servicial.

14.-El trato de los empleados es desconsiderado.

15.-Cuando los usuarios necesitan ayuda no encuentran personal disponible.

16.-Los empleados están ocupados para atender las demandas de los pacientes puntualmente

17.-Los empleados conocen las condiciones del servicio.

18.-Los empleados tienen el tiempo de escuchar las quejas de los usuarios.

19.-Los empleados prestan un servicio cordial.

20.-Los empleados están informados sobre todos los servicios que prestan.

21.-El personal se muestra confiado al brindar el servicio.

22.-El servicio de los empleados es ineficiente.

23.-El personal no está dispuesto a ayudar a los usuarios.

24.-Los trabajadores desconocen los servicios que prestan a los usuarios.

25.-Los empleados son desatentos con el público.

26.-Los empleados evaden su responsabilidad con los usuarios.

27.-El personal es amable.

28.-Los empleados tienen los conocimientos para realizar sus actividades.

29.-Los empleados conocen las necesidades de sus usuarios.

30.-El personal no está dispuesto a orientar a los usuarios.

31.-Los trabajadores no pueden contestar a las preguntas de los usuarios.

32.-El personal tiene como prioridad los problemas del usuario.

33.-Los empleados son hábiles para atender las expectativas del usuario.

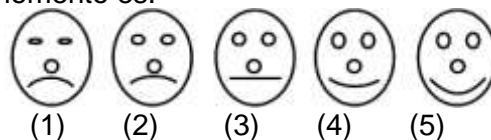
34.-El servicio del personal es impuntual.

35.-Los empleados responden a las inquietudes de los usuarios.

36.-El trato del personal hacia los usuarios es cortés.

37.-El personal está especializado en su trabajo.

38.-Mi estado de ánimo en este momento es:



INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1=completamente en desacuerdo; 2= en desacuerdo; 3= ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4=de acuerdo y 5= completamente de acuerdo. Especifique su respuesta haciendo un tache en la hoja de respuestas en el número que mejor exprese su opinión. **NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS;** hay puntos de vista diferentes, **CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES** procurando macar **LO MENOS POSIBLE LA OPCIÓN TRES**, recuerde que los datos que se obtengan de este cuestionario serán analizados de forma global y no particular. **GRACIAS**

1.-El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto

2.-El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga

3.-Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto

4.-No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno

5.-Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte

6.-Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente

7.-La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante

8.-El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá de la suerte

9.-El hecho de que yo tenga muchos o pocos amigos se debe al destino

10.-Mi futuro depende de mis acciones presentes

11.-Puedo tener éxito en la vida si soy simpático

12.-Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino

13.-El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo hago no cambia nada

14.-El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de de las personas que tienen el poder

15.-Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte

16.-Que yo tenga éxito en mi empleo depende de mí

17.-Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada

18.-Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo

19.-Mi éxito dependerá de lo agradable que soy

20.-Para subir en la vida necesito ayuda de gentes importantes

21.-Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte

22.-Me va bien en la vida porque soy simpático(a)

23.-Mi vida está determinada por mis propias acciones

24.-Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen

25.-Como estudiante sentí que las calificaciones dependen mucho de la suerte

26.-Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo

27.-Puedo subir en la vida si tengo suerte

28.-Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal

29.-El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí

30.-Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada

31.-El que yo llegue a tener éxito depende de mí

32.-La gente como yo tienen muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder

33.-Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte

34.-El que mejore mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen el poder

35.-Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás

36.-No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país

37.-Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mí

38.-Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder

39.-Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro

40.-No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte

41.-El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes

42.-Mis evaluaciones dependen de mi esfuerzo

43.-Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder

44.-Muchas puertas se me abren porque tengo suerte

45.-La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy

46.-Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades

47.-Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto

48.-Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte

49.-Muchas puertas se me abren porque soy simpático(a)

50.-Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí

51.-Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el poder económico

52.-Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte

53.-La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos y no tengo influencia sobre esto.

HOJA DE RESPUESTAS

1

AFIRMACIÓN	Total mente desacuerdo 1
	Desacuerdo 2
	Indiferente 3
	De acuerdo 4
	Total mente de acuerdo 5

	1	2	3	4	5
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
21.-					

	1	2	3	4	5
22.-					
23.-					
24.-					
25.-					
26.-					
27.-					
28.-					
29.-					
30.-					
31.-					
32.-					
33.-					
34.-					
35.-					
36.-					
37.-					
38.-	(1) 	(2) 	(3) 	(4) 	(5)

2

Completamente de acuerdo = 5 De acuerdo = 4
 Ni en acuerdo ni en desacuerdo = 3
 En desacuerdo = 2 Completamente en desacuerdo = 1

	1	2	3	4	5
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
21.-					
22.-					
23.-					
24.-					

	1	2	3	4	5
25.-					
26.-					
27.-					
28.-					
29.-					
30.-					
31.-					
32.-					
33.-					
34.-					
35.-					
36.-					
37.-					
38.-					
39.-					
40.-					
41.-					
42.-					
43.-					
44.-					
45.-					
46.-					
47.-					
48.-					
49.-					
50.-					
51.-					
52.-					
52.-					
53.-					

3

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste a las siguientes preguntas tachando la opción elegida o llenando el recuadro de la derecha. Los datos recabados son impersonales y se usarán únicamente con fines de investigación, por lo cual se le pide que conteste de la manera más sincera a todas las preguntas.

1. Mi edad es:	Años _____				
2. Sexo	Masculino		Femenino		
3. Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Con pareja	Unión libre
4. Número de Personas con quien vivo	No. _____				
5. Número de dependientes económicos	No. _____				
6. Escolaridad	Primaria	Secundaria	Técnico ó bachillerato	Licenciatura	Postgrado

7. Puesto	Operativo	Enfermera	Doctor	Administrativo	
8. Antigüedad en años	Años: _____				
9. Tiempo de traslado de la casa al trabajo	Horas: _____ Minutos: _____				
10. Departamento en el que colabora	_____				
11. Situación en la que labora	Base	Confianza	Otro _____		
12. Horario de trabajo	Matutino	Vespertino	Nocturno	Mixto	Fines de Semana
13. Número de horas que laboras al día	Horas: _____				
14. Tiempo que usas para comer	Minutos: _____				

15. ¿Aproximadamente cuántos usuarios atiendes al día?	No. _____	
16. ¿Recibes supervisión en tu trabajo?	Sí	No
17. ¿Tienes personas a tu cargo?	Sí	No
18. ¿Cuántas personas tienes a tu cargo?	No. _____	
19. ¿Aproximadamente a cuánto asciende tu salario en este trabajo?	a) De \$1,000 a \$ 3,000 b) De \$3,000 a \$5,000 c) De \$5,000 a \$7,000 d) De \$7,000 a \$ 9.000 e) De \$9,000 a \$11,000 f) De \$11,000 a \$13,000 g) De \$13,000 a \$15,000	

20. Número de trabajos que has tenido	No. _____			
21. ¿Tienes otro trabajo actualmente?	Sí		No	
22. ¿Tienes pensado actualmente en cambiar de trabajo?	Sí		No	
23. ¿Recibes cotidianamente apoyo de tus compañeros con los que laboras en tu misma área?	Nunca	A veces	Regularmente	Siempre
24. ¿Consideras que hay apoyo entre compañeros de la misma área de trabajo?	Nunca		A veces	
	Regularmente		Siempre	