



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Contaduría y Ciencias Administrativas

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Administración

“Aplicación del Modelo de Servucción a la Unidad de Medicina Familiar 15

en el Sector Público de Moroleón, Guanajuato”

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN**

Presenta:

L.A. Nadia Citlali Cervantes Alvarez

Director de Tesis:

Dr. en Administración Javier Antonio Barajas Mendoza

Mayo de 2015

Morelia, Michoacán

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso primeramente por darme vida, salud, trabajo, por permitirme realizarme como persona día a día y ser feliz al lado de los seres que más quiero y terminar esta etapa de formación educativa, personal y profesional con su bendición infinita.

En especial a mis padres el Dr. Rafael Cervantes Cuevas † y Dra. Martha Alvarez González que día a día se esforzaron por cuidarme, educarme, formarme con sus sabios consejos y motivarme a ser una persona de excelencia, e incluso en las situaciones más difíciles para darme su apoyo incondicional tanto emocional, moral y económico. Con una gran admiración y respeto por siempre en mi corazón.

A mis hijos con todo mi amor: Por existir y darme fuerzas para seguir adelante, por su comprensión para hacer esta Maestría y poder compartir un logro más al lado de ustedes que iluminan mi vida. A ti hijo Horacio por tu confianza y tu amor; a ti hija Marcy Citlali por tus sonrisas, tus abrazos, tus acrobacias y tu amor incondicional; a ti hijo Antonio Rafael por tu ternura, tu inocencia y tu amor.

A mis hermanos Dr. Rafael Cervantes Alvarez por ser un hermano maravilloso e incondicional y estar siempre presente en mi vida, Dra. Cinthya Cervantes Alvarez por tu motivación; a ambos por apoyarme en todo momento y creer en mí, los amo y me siento orgullosa de tenerlos como hermanos.

A ti Arq. Ajax Roman Aguilar Martínez † por estar siempre con tu amor, apoyo y comprensión incondicional hasta el último momento para cuidar de nuestros hijos y de mí para seguir adelante. Estas en nuestros corazones presente.

A mis compañeros y amigos por ser parte de esta formación académica, con alegrías, preocupaciones y momentos únicos e irrepetibles en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Agradezco a todos mis profesores de la maestría por su conocimiento, en especial y con gran admiración a mi Director de tesis Dr. Javier Antonio Barajas Mendoza por compartir su sabiduría, experiencia, tiempo, dedicación, paciencia, motivación con sus sabios consejos y puntos de vista para culminar este logro en mi vida profesional y personal. A la Dra. Virginia Hernandez Silva; M.A. Hugo Alejandro Mier Schmidt; Dr. Fernando Ávila Carreón, y Dr. Evaristo Galeana Figueroa por su valioso conocimiento y experiencia, que Dios los bendiga y les de sabiduría para que continúen formando profesionistas que México requiere para enfrentar los nuevos sistemas de globalización mundial.

Lic Arturo Perales López Administrador del Hospital General de Subzona de Medicina Familiar 15 Moreleón, Guanajuato IMSS por brindarme su apoyo y confianza para la realización de esta tesis.

DEDICATORIAS

Dedico este logro a Dios, todo poderoso, por darme la fortaleza, la luz en mi camino y bendiciéndome para continuar hacia adelante.

A mi familia que son las personas más importantes de mi vida, mis hijos, mis padres, mis hermanos, mi abuelita, mis tíos y primos que con su amor me han ayudado a mantenerme de pie y terminar con esta gran meta.

En memoria a mi Padre Dr. Rafael Cervantes Cuevas por su amor inmenso e incondicional; fuente infinita de inspiración para ser una persona de excelencia. Desde el cielo sé que está orgulloso de este éxito personal y profesional. Te amo papá.

A mi Madre Dra. Martha Alvarez González por darme la vida, por todo su apoyo, sacrificios y comprensión incondicional; por compartir su tiempo y amor con mis hijos.

A mis hijos Horacio, Marcy Citlali y Antonio Rafael por ser la razón de mi existir y el motivo para caminar hacia adelante con su gran amor y comprensión.

A mi hermano Rafael por ser el mejor hermano y amigo, cuidar de mí y mis hijos. A mi hermana Cinthya por confiar en mí.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por permitirme lograr este grado académico así como sus Docentes que me transmitieron sus conocimientos.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por abrirme las puertas para trabajar en tan noble Institución.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tesis tiene como objetivo realizar la aplicación del Modelo de Servucción en la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, ubicada la Ciudad de Moreleón, Guanajuato. Asimismo, la interpretación de la información a través de dicho modelo tuvo como finalidad el analizar la satisfacción del derechohabiente o usuario de los servicios hospitalarios a través de cuatro factores que influyen directamente en la experiencia de servicio de estos; pretendiendo con ello, incorporar a futuro dichos elementos como parte integral del proceso de atención del servicio que ofrece dicha Unidad del IMSS. Para el levantamiento de la información se utilizó la técnica de cuestionario para conocer la percepción que manifestaron los 101 derechohabientes o usuarios de estos servicios, dicho cuestionario constó de 28 reactivos con preguntas abiertas, cerradas, de tipo dicotómicas y de opción múltiple. Los resultados obtenidos demuestran que la cualificación percibida de la UMF15 oscila son entre los rangos porcentuales del 40 y 60 % sobre variables como serviespacio, trato del personal médico, trato de personal de enfermería y administrativo entre otros. La percepción sobre el conocimiento que tiene el personal médico y de enfermería oscilo sobre un 70%. **Palabras Clave:** Mercadotecnia de Servicios; Servucción, Derechohabiente y Percepción.

ABSTRACT

This thesis research aims to make the application of the model Servuction in Family Medicine Unit 15 of IMSS, located Moroleón City, Guanajuato. Furthermore, the interpretation of the information through the model was aimed to analyze the user satisfaction in title or hospital services through four factors that directly influence the service experience of these; pretending thus incorporated into future such elements as an integral part of the care of the service offered by this Unit IMSS. For removal of information questionnaire technique was used to study the perceptions voiced by the 101 entitled or user of these services, the questionnaire consisted of 28 reagents, closed, open dichotomous questions and multiple choice type. The results show that perceived UMF15 qualification ranges are percentage ranges between 40 and 60% on variables such as serviespacio, treatment of medical staff, treatment of nursing and administrative staff among others. The perception of the knowledge that the medical and nursing staff ranged 70%. **Keywords:** Marketing Services; Servuction, Beneficiary and Perception.

ÍNDICE

Contenido	Página
Documentos de anuencia	i
Agradecimientos	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	viii
Abstract	viii
1. Introducción	1
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Preguntas de la investigación	6
1.2.1. Preguntas específicas de la investigación	7
1.3. Objetivo general	8
1.3.1. Objetivos particulares	8
1.3.2. Justificación	9
1.3.3. Hipótesis	9
2. Antecedentes	10
3. Marco teórico	15
3.1. Aspectos generales de marketing	15
3.2. El marketing relacional	18
3.3. Fundamentos del marketing de servicio	20
3.3.1. Diferenciación entre productos y servicios	21
3.4. Generalidades del comportamiento del consumidor	23
3.4.1. Influencia del factor psicológico en el comportamiento del consumidor	26
3.4.1.1. Motivación	27
3.4.1.2. Percepción	28
3.4.1.3. Aprendizaje	28
3.4.1.4. Valores	29
3.4.1.5. Creencias	30
3.4.1.6. Actitudes	31
3.4.1.7. Personalidad	31

	Página
3.4.1.8. Estilo de vida	32
3.4.1.9. Autoconcepto	34
4. Desarrollo	35
4.1. El modelo de servucción	35
4.1.1. El serviespacio.....	36
4.1.1.1. Administración de la evidencia física de la empresa	37
4.1.1.2. Desarrollo de serviespacio	41
4.1.1.3. Administración de los sentidos	43
4.1.2. Personal de contacto/proveedores de servicio	49
4.1.2.1. La administración de los empleados de servicios	50
4.1.2.2. Estrategias de adaptación e implicaciones para los clientes ..	52
4.1.2.3. Control, recompensa y evaluación de los proveedores de servicios	54
4.1.3. Otros clientes	55
4.1.3.1. Manejo de las percepciones del consumidor de servicio	56
4.1.4. Organizaciones y sistemas invisibles	57
4.1.5. Diseño de la investigación	60
4.1.5.1. Investigación documental	61
4.1.5.2. Enfoque de la investigación	61
4.1.5.2.1. Enfoque cualitativo	62
4.1.5.2.2. Enfoque cuantitativo	64
4.1.5.3. Determinación del universo y tamaño de muestra	65
4.1.5.3.1. Determinación del universo	65
4.1.5.3.2. Procedimiento muestral	65
4.1.5.3.3. Selección del tipo de muestreo	67
4.1.5.3.3.1. Muestreo probabilístico	67
4.1.5.3.3.2. Muestreo no probabilístico	69
4.1.5.3.4. Determinación del tamaño de la muestra	70
4.1.5.4. Diseño del cuestionario piloto y definitivo	72

	Página
4.1.5.4.1. tipos de cuestionarios	72
4.1.5.5. Investigación concluyente o de campo	77
5. Análisis de datos	78
6. Resultados	86
7. Conclusiones y Recomendaciones	89
8. Bibliografía	92

Lista de cuadros.

Cuadro 1. Valores que rigen el Código de Conducta del IMSS	30
Cuadro 2. Percepción de los colores	45
Cuadro 3. Clasificación del personal del Instituto Mexicano del Seguro Social	53
Cuadro 4. Frecuencia de género de asegurado y beneficiario	78
Cuadro 5. Frecuencia de derechohabientes por género y nivel de escolaridad	78
Cuadro 6. Frecuencia y porcentaje del grado académico de los derechohabientes	78

Lista de figuras.

Figura 1. Componentes y resultados del concepto de marketing	17
Figura 2. Modelo de Servucción	35
Figura 3. Logotipo del Instituto Mexicano del Seguro Social	46
Figura 4. Etapas de la Investigación	60
Figura 5. Etapas generales del proceso de muestreo	66
Figura 6. Cuestionario Definitivo	75

Lista de gráficas.

Gráfica 1. Frecuencia y porcentaje del derechohabiente por sexo	79
Gráfica 2. Frecuencia y porcentaje del derechohabiente por género y escolaridad	79
Gráfica 3. Percepción de las instalaciones del derechohabiente por sexo	79

	Página
Gráfica 4. Percepción del derechohabiente de la fachada de la UMF15	80
Gráfica 5. Frecuencia y porcentaje de percepción del derechohabiente en instalaciones de urgencias	80
Gráfica 6. Percepción del derechohabiente sobre mobiliario de la UMF15	80
Gráfica 7. Percepción del derechohabiente sobre el personal de rayos X	81
Gráfica 8. Percepción del derechohabiente con respecto al personal de ultrasonido ...	81
Gráfica 9. Percepción del derechohabiente respecto al personal de electrocardiograma	81
Gráfica 10. Percepción del derechohabiente respecto al personal del área de urgencias de la UMF15	82
Gráfica 11. Percepción del derechohabiente respecto al conocimiento del personal médico....	82
Gráfica 12. Percepción del derechohabiente respecto al trato que recibe del personal médico	82
Gráfica 13. Percepción del derechohabiente respecto al trato que recibe del personal de enfermería	83
Gráfica 14. Percepción del derechohabiente respecto al trato que recibe de la asistente médico	83
Gráfica 15. Percepción del derechohabiente del trato que recibe del personal de farmacia de la UMF15	83
Gráfica 16. Experiencia del derechohabiente al surtir recetas médicas en la farmacia de la UMF15	84
Gráfica 17. Percepción del derechohabiente respecto al trato que le ofrece el personal administrativo	84
Gráfica 18. Experiencia del derechohabiente al realizar trámites en el área de especialidades	84
Gráfica 19. Opinión del derechohabiente en dar prioridad a personas de la 3ª. Edad .	85
Gráfica 20. Experiencia del derechohabiente al asistir a la UMF15	85
Grafica 21. Opinión del derechohabiente sobre la ubicación de la UMF15	85

1. INTRODUCCIÓN

La humanidad durante su existencia y desarrollo ha tenido una serie de retos que vencer o sobreponerse a ellos, tales como: la vivienda que inicia al tener como techo la propia naturaleza entre ellos los árboles y otras plantas similares; después evolucionó al utilizar las cavernas donde competía con otros animales de la naturaleza, lo cual ponía en riesgo su integridad; de la naturaleza también se proveyó de alimentos y de plantas medicinales para poder sobrevivir. Pueden existir más citas de como se ha desarrollado la humanidad como es el caso de la propia salud de los integrantes de un grupo, una tribu, un pueblo, o una mancha urbana. Desde formas sofisticadas practicadas por los egipcios en sus trepanaciones hasta aspectos de curandería o bien del uso de pócimas milagrosas.

Todos los elementos citados entre otros tienen su repercusión en los individuos. Sin embargo, el aspecto de la salud actualmente es crucial debido a que cualquier individuo que no posea una buena salud en términos clínicos, difícilmente podrá desarrollar de manera cabal sus actividades laborales, académicas e intelectuales entre otras. Hoffman y Bateson (2012 p.3) anotan que cada vez son más los países, en particular los llamados industrializados, que están encontrando que la mayor parte de su producto interno bruto esta generado por sus sectores de servicios. Sin embargo, el crecimiento del sector servicios no sólo está dentro de las industrias de servicios tradicionales como las de entretenimiento y hospitalidad; educación y salud; financieros y de seguros; y profesionales y de negocios.

El propio desarrollo de la humanidad ha establecido retos importantes al tener que lograr que las empresas u organizaciones que estén al servicio de la humanidad sean eficientes, como es el caso de los servicios hospitalarios tanto en el sector público como en el sector privado. Priego (1998 p.27), establece que el sector salud está experimentando una serie de cambios acelerados en su organización. Al respecto, son cada vez más evidentes los de modelos de competencia estructurada generados por las reformas en los sistemas de salud de diversos países. Es decir, esquemas de organización de la atención a la salud que

promueven la competencia entre prestadores de servicios de salud para que con ello se incentive una mayor calidad y eficiencia.

El crecimiento de la población mundial que hoy en día es de 7,000 mil millones Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha creado una problemática sin precedentes para atender de manera adecuada a tanta población. La dinámica socioeconómica que todo país debe seguir normalmente es a través de los gobiernos, los cuales dentro de sus funciones tienen la obligación de proveer una serie de servicios que van desde las vías de comunicación, las vías de vialidad, de abastecimiento de agua potable, de alcantarillado, de seguridad, así como también servicios de salud, por lo cual en México sólo había un Consejo Superior de Salubridad, que para el año de 1882 se desencadenó un brote epidémico de viruela por lo que se envió datos breves sobre la vacuna y aislamiento de enfermos de la viruela. Para el año 1896 se inició la construcción de un gran hospital en el Distrito Federal y el 5 de febrero de 1905 se inauguró el Hospital General de México donde se dedicó a la asistencia de enfermos, docencia, formación para la investigación.

Este sector se funda con la finalidad de proveer servicios médicos de alto nivel a la población. Sin embargo, el crecimiento poblacional no controlado y su carencia de eficiencia administrativa ha generado una serie de circunstancias que en opinión popular cuestionan sus servicios médicos y administrativos; prueba de ello de esa incapacidad de respuesta surgen un sin número de hospitales y clínicas del sector privado. Asimismo, se opina que la diferencia de servicios entre el sector de salud público y el sector privados es abismal por lo cual es importante buscar mecanismos que coadyuven a crear una plataforma con conocimientos de tipo científico y académico que favorezcan a través de sus teorías, modelos, definiciones y preceptos entre otros.

En la Constitución Política de 1917 se promulgó en el Artículo 123 que los patrones asumían responsabilidades por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, asimismo, se asentó la obligación de asumir preceptos legales de higiene y seguridad.

En el año 1932 el Departamento de Salubridad inició la coordinación de los Servicios Federales, Estatales y Municipales desde el punto de vista técnico y sanitario. En 1934 se estatuyó la Ley de Coordinación y Cooperación.

El Lic. Vázquez Pérez (1934) comentó que el Congreso de México sustituyó la frase "Salubridad Pública" por la de "Salubridad General de la República", con esta modificación lingüística, se permitió que el Ejecutivo Federal pudiera intervenir en las atribuciones de la Federación para los casos de salud pública, dejando a los estados, la facultad inherente a su soberanía interior para legislar en lo que atañe a la salubridad local. Así, al instaurarse la salubridad general y la salubridad local, se organizó mejor la institución para los casos de epidemias y brotes tropicales, dejando para la federación, las enfermedades cuarentenales que afectaran a la economía del país o al comercio internacional. El 19 de enero de 1943 surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social con una composición tripartito integrado por representantes de los trabajadores, patrones y el Gobierno Federal, de ahí comenzó a trabajar su Consejo Técnico.

En México el desarrollo de hospitales, clínicas y unidades familiares han tenido su propio crecimiento a través de satisfacer las necesidades *su generis* como surgió el caso del primer hospital en este país que atendía a un sector de la población con problemas de tipo mental llamados hospitales psiquiátricos.

Levy (2001 p.21) establecía que en México se vivía una importante transición demográfica y la tendencia para los próximos 10 años era que, se daría un envejecimiento relativo de la población. Anota, que en el período de 2001 a 2010 la población de 65 años o más crecería 32 %, mientras que la población 64 años o menos crecerán a 26%. La pirámide demográfica alcanzó el punto de inflexión y se entró, como la mayor parte de los países de la Organización para la Cooperación y el desarrollo (OCDE), a un proceso de envejecimiento relativo de la población mexicana. Estas estadísticas permite, analizar de manera crítica que el Sector público de salud debe operar de forma más eficiente e innovadora rompiendo con los viejos esquemas obsoletos -la gran mayoría de ellos-

cambiándolos por paradigmas que aseguren una capacidad de respuesta más mediata a los usuarios de estas instituciones.

Las instituciones hospitalarias buscan la eficiencia a través de múltiples mecanismos. Arroyave y Jarillo (2005 p.2) anotan que el proceso de costos tiene entre sus objetivos contribuir a elevar la calidad de la atención médica y proceso administrativo de los hospitales porque rastrea todas las actividades que se realizan en estos. Los costos constituyen un campo en donde hacen convergencia los trabajos de los equipos técnico-médicos y del financiero. Las decisiones médicas al interior de los hospitales tienen altas implicaciones financieras. Los hospitales requieren de un proceso administrativo que vincule integralmente los contenidos de las decisiones médicas con las financieras para lograr impactos en salud con costos efectivos. Sin embargo, lo anterior es únicamente una perspectiva, debido a que el esquema empresarial hospitalario requiere de mucho más perspectivas, como puede ser la administración de personal, los recursos materiales y técnicos, así como los servicio entre otros.

En el caso de los servicios hospitalarios en instituciones del sector salud público, permite realizar una serie de interrogantes respecto a su calidad, sin embargo son pocos los estudios que los analizan a profundidad desde una perspectiva mercadológica. Hoffman y Bateson (2012 p.3) establecen que la entrega de una grandiosa experiencia de servicio a los clientes puede significar toda la diferencia del mundo. La excelencia en el servicio transforma lo mundano y lo lleva al reino de lo notable, no importa si se trata de sobresalir en la entrega del servicio básico o de tomarse el tiempo para añadir un toque extra que la competencia muy rara vez proporciona. Esta competencia incluso puede ser dentro de una misma categoría de servicios hospitalarios como pueden ser los que otorga el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE), Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) o bien el propio Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La presencia hospitalaria del IMSS, según estadísticas para el 2010 del INEGI en el Estado de Guanajuato, cuenta con 50 Unidades, las cuales otorgan servicio médico a 30 000

derechohabientes que representan el 80% de la población. En la ciudad de Moroleón, Guanajuato, se cuenta con una población de 49,364 habitantes para el caso Yuriria 70,782 habitantes y para Uriangato 59,305 habitantes, siendo una población total 179,451 habitantes, de los cuales la población como derechohabientes de Moroleón para año el 2010 fue de 6,273 derechohabientes, Uriangato 6,868 derechohabientes y Yuriria 2,517 derechohabientes, generando un total 15 658 derechohabientes que de manera transitoria se atienden clínicamente en la Unidad 15 o también llamada hospital general de subzona 15.

El municipio cuenta con 6 unidades médicas de primer nivel que se distribuyen en 4 de SSA, una del IMSS y una del ISSSTE. Además, Moroleón cuenta con 6 unidades médicas particulares, tres de hospitalización general y tres de hospitalización de Ginecoobstetricia. Asimismo, las estadísticas para este 2013 establecidas por el Sistema ACCEDER a nivel del nacional del IMSS, reporta que la población derechohabiente del IMSS para el municipio de Moroleón, Guanajuato es del 43,590 representando un 86.7% para el hospital de subzona N° 15; 24,182 derechohabientes que se segmentan en 13,902 asegurados, 5,646 beneficiarios y 4,634 menores de edad y para Medicina Familiar la cantidad 19,408 derechohabientes segmentados en 9,173 asegurados, 5,629 beneficiarios y 4,606 menores de edad, ya integrados suman la cantidad de 43,590 derechohabientes.

Los servicios que ofrece la Unidad de Medicina Familiar 15 son de primer nivel, ya que existe primero, segundo y tercer nivel conforme a la infraestructura de cada Unidad. Además, cuenta con los servicios de: hospitalización, medicina familiar, urgencias especialidad en medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y estomatología.

Kotler y Armstrong (2013 p.208) establecen que las industrias de servicios varían enormemente. Los gobiernos ofrecen servicios a través de los tribunales, servicios de empleo, servicios militares, los departamentos de policía y bomberos, el servicio postal, las escuelas y hospitales entre otros. Las organizaciones privadas sin fines de lucro ofrecen servicios a través de museos, organizaciones de beneficencia, iglesias, universidades, fundaciones y hospitales. En este último rubro de hospitales la presencia de los servicios

hospitalarios en México ha representado y representan una importante labor de responsabilidad social corporativa; por lo cual la ética corporativa y la responsabilidad social se han convertido en temas centrales para casi todos los negocios (Kotler y Armstrong, 2013, p.29). Dicha percepción permite hoy en día focalizar o poner como punto de mayor atención el estudio y aplicación de la mercadotecnia de servicios a empresas gubernamentales y en este caso al sector hospitalario público como es el caso de IMSS.

Con base en lo expuesto, el objetivo del presente trabajo de investigación de tesis pretende conceptualizar y describir la dinámica del Modelo de Servucción para definir los cuatro factores visibles y no visibles que influyen en la experiencia de servicio de atención a los derechohabientes de la Unidad 15 del IMSS. Con la finalidad de en un futuro próximo mejorar la calidad de los servicios de este Unidad.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las instituciones del sector de salud pública no están exentas de ser objeto de análisis bajo la perspectiva de un modelo de servicio que sea analizado mercadológicamente, ya que siempre se busca elevar los niveles de eficiencia en sus servicios, por lo cual, la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, no es la excepción. A través, del modelo de Servucción se determina la percepción en la satisfacción del derechohabiente o usuario de los servicios hospitalarios y como estos factores al ser detectados y analizados influyen en la experiencia de operatividad, así como en la mejora de sus servicios. Hernández; Collado y Baptista (2010 p.36) establecen que plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación.

1.2. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

Hernández *et al.* (2010 p.37) establecen que es conveniente plantear, por medio de una o varias preguntas, el problema que se estudia. Al hacerlo en forma de

pregunta se tiene la ventaja de presentarlo de manera directa lo cual minimiza la distorsión (Christensen, 2006 citado). Las preguntas representan el ¿Qué?. Las preguntas deberán resumir lo que habrá de ser la investigación.

¿Al aplicar el Modelo de Servucción a la Unidad de Medicina Familiar 15 ubicada en Moreleón, Guanajuato. Se podrán identificar y analizar las variables que integran dicho modelo, lo cual permitirá determinar la percepción de los derecho-habientes y esto impacte en la mejora de los servicios?

1.2.1. PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE LA INVESTIGACIÓN

No siempre en la pregunta o las preguntas se comunica el problema en su totalidad, con toda su riqueza y contenido. A veces se formula sólo el propósito del estudio, aunque las preguntas deben resumir lo que habrá de ser la investigación (Hernández *et al.* 2010 p.37). A continuación se especifican las preguntas de esta investigación:

- 1) ¿Es posible identificar y analizar el serviespacio de la Unidad de Medicina Familiar 15 a través del modelo de servucción?
- 2) ¿Es posible identificar y asociar la eficiencia del personal de contacto/proveedores de servicio de la Unidad de Medicina Familiar 15 a través del modelo de servucción?
- 3) ¿Es posible la identificación e impacto con respecto a otros usuarios o clientes en las que está vinculada la Unidad de Medicina Familiar 15 a través del modelo de servucción?
- 4) ¿Es posible identificar y describir a la Unidad de Medicina Familiar 15 y algunos sistemas con cuáles opera a través del modelo de servucción?

1.3. OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo de investigación de tesis se aplica el Modelo de Servucción en la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, ubicada la Ciudad de Morelón, Guanajuato. La interpretación de la información a través de dicho Modelo tiene como finalidad el analizar la percepción de la satisfacción del derechohabiente o usuario de los servicios hospitalarios a través de cuatro factores que influyen directamente en la experiencia de servicio de estos; pretendiendo con ello, incorporar dichos elementos como parte integral del proceso de atención del servicio que ofrece dicha Unidad del IMSS. Para el levantamiento de la información se utiliza la técnica de cuestionario para conocer la percepción que manifestaron los 101 derechohabiente o usuario de estos servicios, dicho cuestionario constó de 28 reactivos con preguntas abiertas, cerradas, de tipo dicotómicas y de opción múltiple.

1.3.1. OBJETIVOS PARTICULARES

Se identificaron los cuatros factores que plantea el modelo de servucción con respecto a los servicios que otorga la Unidad de Medicina Familiar 15, siendo:

Se Identificó y analizó el serviespacio siendo la variable mediante la cual, se denota como el derechohabiente o usuario percibe las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS.

Se identificó y asoció la variable mediante la cual el usuario o derecho percibe la eficiencia del personal de contacto/proveedores de servicio en la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS.

Se identificaron otros clientes estableciéndolos como una variable de cómo estos mantienen una vinculación con la Unidad de Medicina Familiar 15.

Se identificó y describió a la variable de Organización denominada Unidad de Medicina Familiar 15 y algunos de los sistemas con los cuáles opera dicha Unidad.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN

El propio desarrollo de la humanidad ha obligado a que las empresas u organizaciones que estén al servicio de la humanidad sean eficientes, como es el caso de los servicios hospitalarios tanto en el sector público como en el sector privado. Sin embargo, por la gran cantidad de usuarios que deben atender las Instituciones del Sector de Salud Pública están obligadas a mejorar constantemente sus servicios; para ello, es necesario que evalúen su desempeño a través de modelos contemporáneos mercadológicos de servicio, con la finalidad de encontrar nuevas soluciones a problemas ancestrales de los servicios que otorgan.

1.3.3. HIPÓTESIS

Es posible que al aplicar el modelo de Servucción en la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, en la Ciudad de Moroleón, Guanajuato, sea factible analizar la satisfacción del derechohabiente o usuario de los servicios hospitalarios a través de cuatro factores que influyen directamente en la experiencia de servicio de estos; buscando con ello incorporar dichos elementos como parte integral del proceso de atención del servicio que ofrece esta Unidad, y de tal forma sean considerados para aumentar la calidad y eficiencia de sus servicios.

2. ANTECEDENTES

El filósofo Toynbee (citado por Lozano 2004 p.2) establecía que las culturas son como la vida de las plantas, que cuando estas se agotan germina otra planta, de igual forma cuando una cultura desaparece transmite su sabia a la que está por nacer.

Lozano (2004 p.3) cita que para algunos historiadores del siglo pasado, las grandes culturas fueron India, Egipto, Mesopotamia y Grecia en donde los pueblos aparecen, se desarrollan y se extinguen. En la cultura India, la investigación científica se basó en astrología, la alquimia, las matemáticas, en referencia a la Medicina sus conocimientos estaban recopilados en el libro titulado Vagadasastir que consta de ocho partes de acuerdo a sus ideas: 1) Enfermedades de la niñez; 2) Enfermedades producidas por mordedura de animales venenosos; 3) Enfermedades psíquicas originadas por los espíritus del mal; 4) Padecimientos de órganos genitales; 5) Higiene de medicina preventiva; 6) Cirugía en general; 7) Enfermedades relacionadas con cualquiera de los órganos de la cabeza y 8) Modos de retardar la vejez. Asimismo, se pensaba que en el cuerpo humano existía 100,000 partes y el pulso estaba ubicado debajo del ombligo, para determinar un diagnostico se hacía análisis de orina y excremento, al igual que consultaban a los astros, observaban las entrañas de los animales y el vuelo de las aves. Dentro de la farmacopea conocían plantas medicinales, ciertas enfermedades que eran incurables como la parálisis y la demencia, pero creían que otras podían curarse a través de la fisiología y la psicología como el yoga. En cirugías aplicaban narices artificiales para sustituir las mutilaciones de que a veces eran objeto algunos hombres por castigo, cirugías de cesáreas y cataratas entre otras.

La cultura egipcia sobresalió por sus grandes construcciones donde llevaron a cabo complicados cálculos matemáticos necesarios para calcular la resistencia y la posición de los materiales de sus pirámides, estudiaron las matemáticas, astronomía dividieron el año en 365 días aunque también tuvieron su calendario agrícola basado en las inundaciones del Río Nilo, poseyeron relojes de agua o clepsidras y relojes de sol o *gnomons* con lo que pudieron dividir el día en 24 horas. Por la momificación, la preparación del vidrio, la

manufactura del papiro y para hacer las combinaciones del color, contaban con adelantos químicos. En relación a la medicina, acostumbraban exponer a los enfermos al público para que los transeúntes que habían tenido la misma enfermedad dijese de qué medios se valieron para curarse –esto puede considerarse como un servicio a la comunidad al establecer un contacto entre enfermos y usuarios o futuros usuarios de los servicios médicos que podrían ofrecerse. Los procedimientos curativos se graban en los templos y así los médicos tuvieron un código o libro sagrado de medicina, además en farmacopea estaban adelantados como el ungüento de Méndez (perfume), el Misi (Sulfato de hierro), el Sori (Sulfato de cobre), los bálsamos de embalsamar se hacían de aceite de cedro de natrón. (*Ibíd*)

En los pueblos prehispánicos de todas las ciencias las más relevantes fue la medicina y los andinos la practicaron juntamente con la magia, la herbolaria. El médico era llamado Hampi-Camayoc que al visitar al enfermo llevaba consigo raíces purgantes, aunque también frotaban el cuerpo con agujas para sacar los malos espíritus y posteriormente recetaban otras yerbas, algunas plantas andinas siguen siendo usadas por la farmacopea moderna tal como la belladona, la quinina o cocaína, así mismo el tabaco servía para despejar las vías respiratorias empleado como rapé y la resina del árbol *mulli* ayudaba a cicatrizar las heridas.

En Perú la cirugía estaba adelantada y hacían operaciones de cráneo por medio de trepanación, con instrumentos realizados con obsidiana y bronce, así mismo realizaban amputaciones de miembros. Las culturas nos han aportado conocimientos, con una visión panorámica a seguirla especialización, durante los últimos años hemos adoptado la medicina como una profesión importante de la responsabilidad de proteger y mejorar la salud del individuo, de la familia y de la comunidad, la situación que actualmente vive el mundo hace que el aspecto de la salud humana sea cada vez más necesaria.

El *Fray Juan Giliberto Jofré*, crea en Valencia el primer manicomio, en 1409. Este establecimiento es exponente de una tradición humanitaria en la creación de numerosos establecimientos psiquiátricos en España y en América. Los Manicomios de Valencia y

Zaragoza se constituyen así en paradigmas del inicio y del ocaso de la asistencia psiquiátrica en España en el período 1409-1808.

El Hospital San Nicolás de Bari fue el primer hospital de América. Se construyó en 1503 en Santo Domingo de Guzmán, capital de La Hispaniola, actual República Dominicana. Fue fundado por Nicolás de Ovando, quien en ese entonces fuera gobernador de la isla. Junto con la Catedral de Santa María la Menor, fundada en 1512 y la Universidad Autónoma de Santo Domingo, (fundada en 1538) constituye una de las tres primicias del Nuevo Mundo en la isla de Santo Domingo, lo cual ha hecho que la Zona Colonial dominicana haya sido declarada patrimonio de la humanidad por la UNESCO. En principio consistía de tres naves, de las cuales, la primera y la última estaban dedicadas a la atención de enfermos y la central era una capilla.

En la ciudad de Puebla, México en 1531 y 1532 la labor laica del ayuntamiento poblano dio paso al Hospital de San Jusepe, en el mismo año, individuos y una colectividad religiosa de la iglesia se hicieron cargo de tres nuevos establecimientos: el de San Juan de Ulúa, el Hospital Real de Sanct Joseph conocido después como el "Hospital Real de los Naturales", dedicado a los indígenas y el Hospital de la Santa Fe de los Altos, en las afueras de la ciudad capital. Las fundaciones en el siglo XVI registraron 32 hospitales, 12 de origen laico subdivididos en cinco y fundados por individuos y siete por colectivos; 20 hospitales de origen religioso, de los cuales 15 fueron establecidos por religiosos individuales y 5 por colectivos.

Existía un Consejo Superior de Salubridad que en 1882 envió a los estados, datos breves sobre la vacuna y aislamiento de enfermos ante un brote epidémico de viruela. En 1896 se inició la construcción de un gran hospital en el Distrito Federal y el 5 de febrero de 1905 el Hospital General de México se inauguró, y se dedicó a la asistencia de enfermos, docencia, formación. La Constitución de 1857 no mencionaba la Salubridad Pública, para aclarar la jurisdicción de la administración sanitaria, se dividía en los Códigos Sanitarios de 1891, de 1894 y de 1904 en administración federal y administración local. Hasta antes de 1917 no había un organismo de sanidad nacional, funcionaba el Consejo Superior de Salubridad, y

actuaba como autoridad local y de beneficencia pública. El Dr. Eduardo Liceaga fundó el Hospital General, el Manicomio de La Castañeda, el Hospicio de Niños y las Casas Amiga de la Obrera, propuso en 1907 la creación de un seguro de vida y de enfermedad para los trabajadores.

En la Constitución Política de 1917 se promulgó en el Artículo 123 que los patrones asumían responsabilidades por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, asimismo, se asentó la obligación de asumir preceptos legales de higiene y seguridad.

El Departamento de Salubridad inició la coordinación de los Servicios Federales, Estatales y Municipales en 1932, desde un punto de vista técnico y sanitario.

En 1934 se estatuyó la Ley de Coordinación y Cooperación.

El Lic. Vázquez Pérez, comentó en 1934 que el Congreso de México sustituyó la frase "Salubridad Pública" por la de "Salubridad General de la República", con esta modificación lingüística, se permitió que el Ejecutivo Federal pudiera intervenir en las atribuciones de la Federación para los casos de salud pública, dejando a los estados, la facultad inherente a su soberanía interior para legislar en lo que atañe a la salubridad local. Así, al instaurarse la salubridad general y la salubridad local, se organizó mejor la institución para los casos de epidemias y brotes tropicales, dejando para la federación, las enfermedades cuarentenales que afectaran a la economía del país o al comercio internacional.

El 19 de enero de 1943 surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social con una composición tripartita integrado por representantes de los Trabajadores, Patrones y el Gobierno Federal, de ahí comenzó a trabajar su Consejo Técnico. En el caso de Veracruz, la estructura de los Servicios Coordinados no contemplaba la división por áreas sino que los establecimientos se revisaban desde el nivel central, por eso aún en el año 1956, en el Estado de Veracruz se "barría" a la población susceptible con vacunaciones por medio de las brigadas internándose a pie, mula o caballo, así se erradicó la viruela y se combatió el paludismo. En 1964 se integraron 5 distritos sanitarios, que para 1970 ya eran 17

jurisdicciones sanitarias, llegando así, hasta 141 establecimientos y 296 del sistema formal, y 1260 consultorios rurales, obteniendo un total de 1555.

Las reivindicaciones para la clase trabajadora se plasmaron en la Constitución Política de 1917, el Artículo 123 establece, entre otras medidas, responsabilidades de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad. Sin embargo, no fue sino 26 años después cuando bajo el gobierno del presidente de la República Mexicana Manuel Ávila Camacho se logró este mandato constitucional. En su discurso de toma de posesión, el primero de Diciembre de 1940, el Presidente Ávila Camacho anuncio: "...todos debemos asumir desde luego el propósito, que yo desplegaré con todas mis fuerzas, de que un día próximo las leyes de seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de la adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez, para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir".

El 19 de Enero de 1943 nace el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita para su gobierno, integrado de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del gobierno federal y su Consejo Técnico. El primer Director del IMSS fue Ignacio García Téllez de 1944 a 1946. En 1963 nace el Centro Médico Nacional, ahora conocido como "Siglo XXI". Una de las obras de mayor trascendencia para el IMSS fue la construcción en 1952 del primer centro hospitalario conocido como "La Raza".

3. MARCO TEÓRICO

Hernández *et al.* (2010 p.66) establecen que el marco teórico se basa en la integración de la información recopilada e implica también ordenar la información recopilada de acuerdo con uno o varios criterios lógicos y adecuados al tema de investigación. Para Zorrilla (1989 p.33) el marco teórico se emplea y sirve para vincular observaciones. En la presente investigación de tesis se abordan tópicos de mercadotecnia; mercadotecnia relacional; mercadotecnia de servicios y comportamiento del consumidor, mismo que permiten una mejor comprensión de la investigación desarrollada, los cuales se describen a continuación:

3.1. ASPECTOS GENERALES DE MARKETING

Las empresas exitosas de hoy tienen una cosa en común una fuerte orientación al cliente y un fuerte compromiso con el marketing. Las relaciones con los clientes y el valor son especialmente importantes en la actualidad. Es más importante que nunca forjar fuertes relaciones con los clientes basadas en un valor real y perdurable (Kotler y Armstrong, 2013 p.4).

Para Stanton, Etzel y Walker (2007 p.4), el marketing puede producirse en cualquier momento en que una persona o una organización se afanen por intercambiar algo de valor con otra persona u organización. En un sentido más amplio, el marketing consta de actividades ideadas para generar y facilitar intercambios con la intención de satisfacer necesidades, o deseos de las personas o las organizaciones. Para que suceda el intercambio de marketing deben presentarse las siguientes condiciones:

a) Tienen que intervenir dos o más personas u organizaciones, cada una con necesidades o deseos que requiera satisfacer. Si la persona es totalmente autosuficiente, entonces no hay necesidad de intercambio. Para el caso, la Unidad de Medicina Familiar 15 en el sector público en la ciudad de Moroleón, Guanajuato, es un instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional para todos los

trabajadores asegurados, sus familias y estudiantes. En este proceso de intercambio esta la Empresa IMSS y la Organización de carácter público o privado que es el que contrata el servicio;

b) Las partes que intervienen en el intercambio deben hacerlo voluntariamente. La Unidad de Medicina Familiar 15 en el sector público en la ciudad de Morelón, Guanajuato, tiene por finalidad garantizar el derecho de salud, asistencia médica, protección de los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar individual y colectivo de quienes lo contratan para dicho fin;

c) Cada parte debe tener algo de valor para aportar al intercambio y creer que este le beneficiará. Referente a este rubro el derechohabiente como es la población trabajadora asegurada, sus familias, estudiantes y las nuevas modalidades como la modalidad 35 el Dueño de la Empresa que es el patrón puede asegurarse como trabajador; modalidad 42 Trabajadores de la Administración Pública; modalidad 43 Incorporación Voluntaria del Campo al Régimen Obligatorio como son comuneros, ejidatarios, parceleros anuales, contrato de pago anticipado teniendo derecho de jubilación y pensión; Modalidad 44 Trabajadores Independientes que están dados de alta en hacienda; los emigrados puedan contratar los servicios del IMSS para sus familiares, un ex-colaborador del propio IMSS puede contratar dicho servicio sin prestación alguna y el poder asegurar a una empleada domésticas entre otras diversas opciones de intercambio entre IMSS y personas ciudadanas todo ello con sus respectivas particularidades de contratación. Esta transacción con lleva su valor desde que recibe su atención médica, así como el otorgamiento a un futuro de una pensión o invalidez que en su caso previo y cumpliendo los requisitos legales serán garantizados por la Unidad Médica Familiar y el Estado, y

d) Las partes tienen que comunicarse entre sí. La comunicación puede presentarse de muchas formas e incluso llevarse a cabo a través de una tercera parte; pero sin conciencia de ella e información no puede haber intercambio. Para ello, los diferentes medios de comunicación mantienen informado a los derechohabientes en tiempo y forma de cuando se llevarán a cabo eventos de prevención como Prevenimss, Programas Integrados de Salud y

Planificación Familiar que son divulgados en radio y televisión, con slogans de: “Cuídate, mídete, muévete”; Curativos Médicos que son divulgados a través de trípticos, revistas “A Tu Salud” y pantallas informativas sobre subrogación y especialidades entre otras; Guarderías, Prestaciones Económicas y Sociales previstos en La Ley del Seguros Social y Centros de Seguridad Social) (Stanton *et al.* 2007 p.5). Cualquiera que sea el giro de una empresa debe buscar la satisfacción del cliente como lo hacen las organizaciones que se dedican a los servicios hospitalarios. Estos elementos entre algunos otros buscan fortalecer la relación IMSS-Derechohabiente en todas sus modalidades.

Stanton *et al.* (2007 p.6) definen al marketing como un sistema total de actividades de negocios ideado para planear productos satisfactores de necesidades, asignarles precio, promoverlos y distribuirlos a los mercados meta, a fin de lograr los objetivos de la organización. Figura 1.

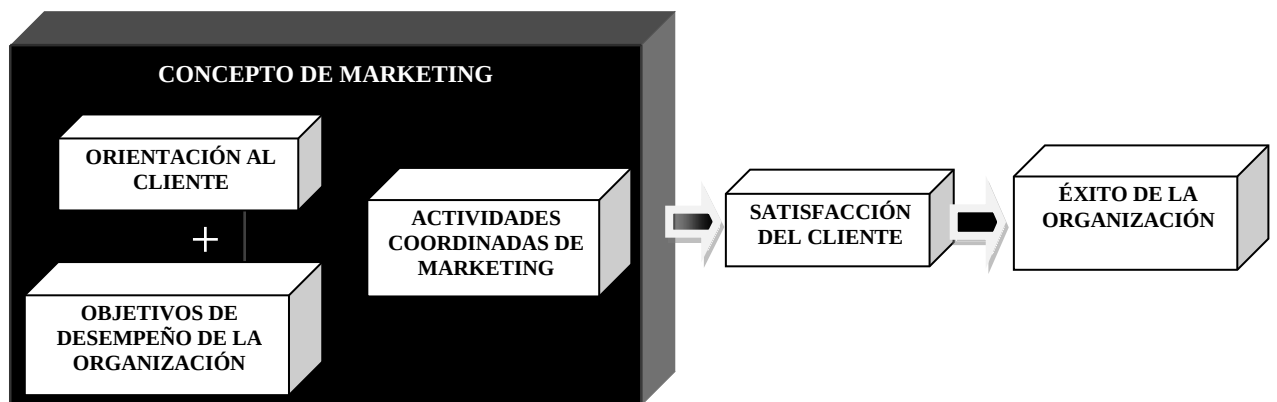


Figura 1. Componentes y resultados del concepto de marketing.

El marketing se ocupa de los usuarios o clientes más que cualquier otra función de negocios. Kotler y Armstrong (2013 p.5) anotan que la mercadotecnia es un proceso mediante el cual las empresas crean valor para sus clientes y generan fuerte relaciones con ellos para, en reciprocidad, captar valor de los clientes. Barajas (2005 p.25) la define como: Un proceso sistémico a través del cual el consumidor o usuario de los diversos grupos sociales, obtiene de las organizaciones satisfactores: productos, servicios, experiencias y aspiraciones diseñados y elaborados para él.

3.2. EL MARKETING RELACIONAL

El marketing de relación representa en esencia un cambio de paradigma dentro de la mercadotecnia, alejándose de un enfoque en las adquisiciones/transacción y yendo hacia un enfoque en la retención/relación. El marketing de relación (o gestión de la relación) es una filosofía de hacer negocios (Empresa-IMSS), una orientación estratégica, que se enfoca en mantener y mejorar las relaciones con los clientes actuales en lugar de adquirir clientes nuevos (Zeithaml, Bitner y Gremler, 2009 p.176).

Además, se establece que la mercadotecnia de relaciones se apoya en gran medida en la reflexión de la mercadotecnia de servicios pero tiene aplicación en otros factores. Lovelock y Wirtz (2013 p.363) que el término de marketing de relación se ha utilizado ampliamente, pero hasta hace poco no estaba bien definido. Dichos autores citan a Nicole Coviello, Rod Brodie y Hugh Munro, los cuáles sugieren cuatro tipos diferentes de marketing: el marketing transaccional que se refiere a una transacción como evento en el que se lleva a cabo un intercambio de valor entre dos partes, y tres categorías de lo que denominan marketing relacional: *Marketing de base de datos* el cual se enfoca en las transacciones de mercado, pero incluye intercambio de información; *Marketing de interacción* siendo una relación más cercana generalmente se da en situaciones donde hay una interacción cara a cara, entre los clientes y los representantes del proveedor –médicos, enfermeras, asistentes, administrativos versus derechos habientes-, y *Marketing de redes* que es la capacidad de poner en contacto a unas personas con otras cuyos intereses son similares.

Hoffman (2007 p.10) anota que el concepto del marketing relacional pretende crear y mantener relaciones de largo plazo satisfactorias para las dos partes, no solo con clientes, sino también con otros actores fundamentales, como los empleados, los proveedores, los distribuidores, los minoristas, la comunidad circundante y la sociedad entera. Se le llama “una visión de 360 grados de servicio al cliente”, considera que el efecto que las operaciones tienen en un grupo mucho más amplio de partes interesadas y se concentra cada vez más en mantener relaciones de largo plazo con los clientes más rentables de la empresa. Asimismo, indica que la administración de la relaciones con el cliente (CRM), es

el proceso de identificar, atraer, diferenciar y retener a los clientes, abarcando varias actividades como: automatización de la fuerza de ventas, administración de relaciones con los socios, almacenamiento de datos y segmentación y creación de perfiles con los clientes.

Kotler y Armstrong. (2013 p.13) establecen que la *administración de las relaciones con los clientes* es tal vez el concepto más importante del marketing moderno; definida también como una actividad de gestión de datos de clientes que implica gestionar cuidadosamente tanto información detallada de clientes individuales como los *puntos de contacto* con ellos para maximizar la lealtad de los mismos. Es un proceso general de crear y mantener relaciones rentables con los clientes al entregar satisfacción y valor superior al cliente. Estos dos conceptos son: La *satisfacción del cliente* que es la medida en la cual el desempeño percibido de un producto es igual a las expectativas del comprador. Y el *valor del cliente* que es la evaluación del cliente de la diferencia entre todos los beneficios y todos los costos de una oferta de mercado en relación con las ofertas de la competencia.

Para Kerin, Berkowitz, Hartley y Rudelius (2003 p.18) anotan, hoy las características distintivas del desarrollo y mantenimiento de relaciones efectivas con los clientes se llama *Marketing de Relaciones*, el cual vincula a la organización con sus clientes, empleados, proveedores y otros socios para derivar beneficios mutuos a largo plazo. La administración de la relación con los clientes (ARC), es el proceso de identificar a compradores potenciales, entenderlos a fondo y desarrollar en ellos una percepción a largo plazo favorable de la organización y sus ofrecimientos, de modo que los compradores opten por ellos en el mercado.

Es evidente que las definiciones y razonamientos se refieren a situaciones de compra-venta, dónde el intercambio es inminentemente físico y monetario. Sin embargo, en el caso de la presente tesis es una situación donde se exige al patrón la obligación de tener asegurado a sus colaboradores, y el colaborador debe decidir a utilizar o no el servicio y las percepciones que el colaborador detecte son importantes para su satisfacción o insatisfacción. Al respecto, Zeithaml *et al.* (2009 p.182) establecen que la exposición de la evolución de las relaciones con el cliente demuestra cómo podría mejorar la relación de una

empresa con sus clientes (o usuarios) conforme ellos avanzan más a lo largo de este continuo de relación. Ya que la meta primaria del marketing de relación es construir y mantener una base de clientes comprometidos que sean rentables para la organización.

3.3. FUNDAMENTOS DEL MARKETING DE SERVICIO

Desafortunadamente, los clientes o usuarios no siempre están satisfechos con la calidad y el valor de los servicios que reciben, sean estas empresas privadas o públicas. En ocasiones, los usuarios se sienten complacidos con sus experiencias de servicio, pero en otras se encuentran totalmente decepcionados. Las personas cuando perciben que los servicios no son los esperados se quejan de promesas incumplidas, de un bajo valor del dinero que dan por lo que reciben; de una carente comprensión de sus necesidades, de personal insolente y grosero o bien, incompetente, de horas de espera por el servicio inconveniente; de procedimientos innecesarios y finalmente de tiempo perdido como son las constantes opiniones de los servicios hospitalarios de las instituciones públicas.

Zeithaml, Bitner y Gremler (2009 p.4) establecen que los servicios son actos, procesos y desempeños proporcionados o coproducidos por una entidad o persona para otra entidad o persona. El servicio entero es representado al cliente a través de actividades que son principalmente actos y acciones ejecutadas para los clientes, o coproducidas con ellos.

Por otra parte, Kotler y Armstrong (2013 p.208) establecen que las industrias de servicios varían enormemente. Los gobiernos ofrecen servicios a través de los tribunales, servicios de empleo, servicios militares, los departamentos de policía y bomberos, el servicio postal, las escuelas y hospitales entre otros. Las organizaciones privadas sin fines de lucro ofrecen servicios a través de museos, organizaciones de beneficencia, iglesias, universidades, fundaciones y hospitales. En este último caso de hospitales existen servicios tanto de orden privado y público como es el caso esta investigación de tesis.

3.3.1. DIFERENCIACIÓN ENTRE PRODUCTOS Y SERVICIOS

Es importante realizar una diferenciación entre productos y servicios y conocer también las posibles combinaciones o asociaciones de estos. Zeithaml *et al.* (2009 p.4) anotan que un marco de referencia para aislar diferencias en los procesos de evaluación entre bienes y servicios es una clasificación de las propiedades de las ofertas propuestas por economistas. Los economistas distinguieron primero entre dos categorías de propiedades de los productos de consumo: *cualidades de búsqueda*, atributos que un consumidor puede determinar antes de comprar un producto; y *cualidades de experiencia*, atributos que pueden discernirse sólo después de la compra o durante el consumo. Es la cualidad de experiencia la que compete considerar al uso de los servicios hospitalarios en la UMF15, debido a que es la experiencia del usuario o derechohabiente la que genere una percepción de los servicios recibidos.

Asimismo, Kotler y Armstrong (2013 p.197) comentan los productos y servicios son elementos clave en la *oferta de mercado* general. Hoffman y Bateson (2012 p.4) anotan, en general, los bienes se pueden definir como *objetos, dispositivos* o cosas, y los servicios como *hechos, actividades o desempeño*. La principal diferencia entre los bienes y servicios es la propiedad de intangibilidad. Por definición, por la intangibilidad de los servicios carecen de sustancia física; como resultado, se enfrentan a un sin número de problemas de marketing de servicios que no siempre se resuelven en la forma adecuada con soluciones tradicionales relacionadas con el marketing de bienes.

Lovelock y Wirtz (2009 pp.14-15) describen que el término *servicio* originalmente estaba asociado con el trabajo que los sirvientes hacían para sus amos, y definen al servicio como: Son actividades económicas que se ofrecen de una parte a otra, las cuales generalmente utilizan desempeños basados en el tiempo para obtener los resultados deseados en los propios receptores, en objetos o en otros bienes de los que los compradores. Anexas, a cambio de su dinero, tiempo y esfuerzo, los clientes de servicios esperan obtener valor al acceder a bienes, trabajo, habilidades profesionales, instalaciones, redes y sistemas; sin

embargo, por lo general, no adquieren la propiedad de cualquiera de los elementos físicos involucrados.

Los servicios incluyen una amplia variedad de negocios, que van desde los servicios de organizaciones comerciales hasta los de las organizaciones sin fines de lucro, desde los del gobierno hasta los de iniciativa privada y de los servicios de gente común hasta los de los profesionales. No obstante, la diferencia entre bienes y servicios no siempre está del todo clara. De hecho, presentar un ejemplo de un bien o de un servicio puro resulta muy difícil en las economías de mercado de estos tiempos. Un bien puro significa que los beneficios que recibe un consumidor no contienen elemento alguno proporcionado por un servicio. Por otra parte, un servicio puro no contendría beneficio alguno proporcionado por elementos tangibles (Hoffman 2007 p.315).

Para Kotler y Armstrong (2013 p.208) una empresa debe considerar cuatro características especiales de los servicios: intangibilidad; inseparabilidad; variabilidad y caducidad:

- La *intangibilidad del servicio* significa que no es posible ver, probar, tocar, escuchar u oler los servicios antes de que sean comprados. Con relación al estudio que corresponde a este trabajo de tesis en determinados casos: el derechohabiente en un inicio no conoce al personal médico que le atenderá, asimismo, no tiene información sobre la forma en cómo será tratado por el Médico al realizar el diagnóstico sino hasta el momento en que está en contacto directo con el personal médico para que realice su historia clínica. Por otra parte, este servicio se encuentra segmentado cuando al paciente se le solicitan estudios de laboratorio y gabinete, y en ocasiones la interpretación de los resultados de los estudios solicitados lo realiza otro médico, por lo cual, se incurre en el error de que no existe un seguimiento adecuado por el mismo personal médico sobre el diagnóstico integral y diferencial, así como del tratamiento requerido suministrado por ser profesionales con diferentes criterios, lo cual se puede derivar a la canalización de la atención en el área de especialidades.

- La *inseparabilidad del servicio* significa que los servicios no pueden separarse de sus proveedores, ya sea que los proveedores sean persona o máquinas. Por lo tanto, el médico y el derechohabiente deben estar en contacto directo para recibir la información pertinente. Cuando está imposibilitado el paciente, el personal médico se apoya o requiere a un familiar cercano para que este proporcione la información necesario y suficiente requerida, debido a que no se debe, ni se podrá hacer un diagnóstico o valoración certera a distancia.
- La *variabilidad del servicio* significa que la calidad de los servicios depende de quiénes los proporciona, así como cuándo, dónde y cómo se prestan. Aquí se depende de las competencias o habilidades, la capacitación y el conocimiento adquirido que posea el personal médico), y
- La *calidad del servicio* significa que los servicios no puede almacenarse para su venta o uso posterior. Por lo tanto, el derechohabiente debe acudir a la UMF15 para obtener un diagnóstico en primer contacto o segundo o tercer nivel y por ende el tratamiento adecuado completo en tiempo y forma; así como el monitoreo de la evolución satisfactoria, donde se debe presentar una reciprocidad entre la disposición y cooperación del derechohabiente.

3.4. GENERALIDADES DEL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR

El campo del comportamiento del consumidor tiene su origen en una estrategia de marketing que evolucionó a finales de la década de 1950, cuando varios mercadólogos comenzaron a darse cuenta que podrían vender más bienes, y con mayor facilidad, si solo producían los artículos que ya hubieran determinado previamente que los consumidores compararían. La suposición fundamental que subyace en el concepto de marketing es que, para alcanzar el éxito, una compañía debe determinar cuáles son las necesidades y los deseos de los mercados meta específicos, y cumplir las satisfacciones deseadas mejor que sus competidores (Schiffman y Kanuk, 2005 p.9).

Existen ciertas necesidades básicas que son comunes a todos los individuos y se precisa su satisfacción, esta se realiza de conformidad en el grado de prioridad que les corresponda, lo que algunas son más apremiantes a otras, una vez satisfecha una necesidad básica, la persona pasa a cubrir necesidades de niveles más altos, recordando las necesidades de Abraham Maslow donde se clasifican necesidades humanas.

1. Necesidades Fisiológicas.
2. Necesidades de Seguridad Física y Psicológica.
3. Necesidades de Pertenencia y Afecto.
4. Necesidades de Autoestima y Respeto de sí mismo.
5. Necesidades de Realización Personal.

Las necesidades vitales son las que no se pueden posponer o su satisfactor sustituirse por tiempo limitado, por que de ser así el individuo muere. No se puede dejar de respirar, de comer, de beber durante mucho tiempo. Junto a estas necesidades vitales están las necesidades secundarias; Aquellas que si se pueden posponer o el satisfactor sustituirse indefinidamente o por tiempo bastante prolongado. Cualquier ser humano tiene la urgente necesidad de satisfacer relaciones de afecto y de dependencia, por eso el hombre tiende desde el primer momento a crear y vivir en grupos, para satisfacer estas necesidades y el grupo más importante dentro del cual nace y se hace cada individuo es el grupo familiar.

La función de la UMF15 es cubrir las necesidades de salud desde la perspectiva de cada uno de los integrantes de la familia del trabajador. Por ejemplo, para algunos derechohabientes el hecho de que les sea satisfecha la necesidad de costear un tratamiento sencillo como de una gripe hasta servicio médico con costos elevados por sesión como son: el cáncer, diálisis, hemodiálisis, así como cirugías de tercer nivel e incluso una terapia intensiva.

Para otros derechohabientes, se satisface la necesidad cuando estos acuden mensualmente a su consulta Medicina Familiar y surtir sus medicamentos en enfermedades crónicas o propias del ser humano en su proceso de envejecimiento; o bien, al asistir a los Programas

de Prevención y Detección Oportuna. En otras actividades para las madres trabajadoras les satisface la necesidad del cuidado de los infantes en guarderías durante las jornadas de trabajo o el horario laboral, así como satisfacer necesidades de otra índole como son los centros sociales, deportivos, culturales. En términos generales la satisfacción del derechohabiente debe circunscribirse que cuando este asista la UMF15 se cubran dichas necesidades lo más acorde posible a la percepción y experiencia que el usuario dese experimentar.

Ahora bien, es importante entender que el valor de la relación con un cliente es un concepto o cálculo que ve al cliente desde el punto de vista de sus ingresos de por vida y/o contribuciones a la rentabilidad de una compañía -esta situación es de interés para el IMSS debido a que de esas contribuciones del cliente o usuario depende la supervivencia de la compañía-. El valor de por vida o de la relación de un cliente está influido por la duración de una “vida” promedio, los ingresos promedio generados por periodos relevantes durante la vida, ventas de productos y servicios adicionales a largo tiempo, referencias generadas por el cliente a lo largo del tiempo y costos asociados con servir al cliente (Zeithaml *et al.*, 2009 p.186).

A través de las experiencia el consumidor conceptualiza el beneficio, lo cual significa encapsular tanto los beneficios tangibles como intangibles en la mente del consumidor, que en estas circunstancias son las propias instalaciones de un estadio y la experiencia de las actividades que se desarrollan dentro de una clínica hospitalaria o de servicios ofertados de cuidados de la salud. Por lo cual, la labor de la mercadotecnia orientada al servicio se ha convertido en algo transcendental.

Para Blackwell, Miniard y Engel (2002 p.6) el comportamiento del consumidor se define como *las actividades que las personas efectúan al obtener, consumir y disponer de productos y servicios*. Dicho de una manera más simple, el comportamiento del consumidor tradicionalmente se ha pensado como el estudio sobre “por qué compra la gente”; con la premisa de qué es más fácil desarrollar estrategias para influir sobre los consumidores una vez que el mercadólogo conoce las razones que los impulsan a adquirir ciertos productos o

marcas. Varias actividades están incluidas en la definición del comportamiento del consumidor, siendo: obtener, consumir y disponer.

Schiffman y Kanuk (2005 p.9) anotan, que el termino *comportamiento del consumidor* se define como el comportamiento que los consumidores muestran al *buscar, comprar, utilizar, evaluar y desechar los productos y servicios que, consideran satisfarán sus necesidades*. Blackwell *et al.* (2002 p.6) anotan el comportamiento del consumidor se define como *las actividades que las personas efectúan al obtener, consumir y disponer de productos y servicios*. Para Kerin *et al.* (2003 p.134) son las acciones que emprenden las personas en la compra y usos de productos y servicios, incluidos los procesos mentales y sociales que preceden y siguen a esas acciones.

3.4.1. INFLUENCIA DEL FACTOR PSICOLÓGICO EN EL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR

Kerin *et al.* (2003 p.140) opinan que la psicología ayuda a que los mercadólogos entiendan por qué y cómo los consumidores se comportan como lo hacen. En particular, conceptos como los de motivación, personalidad, percepción, aprendizaje, valores, creencias, actitudes y estilo de vida son útiles en la interpretación de de los procesos de compra y el perfeccionamiento de las actividades de la mercadotecnia. Cabe señalar, que existe circunstancias ambivalentes del factor psicológico que se viene presentando en dos tipos de usuarios y su conceptualización y percepción psicológica, como es el caso de aquellos derechohabientes que siempre han tenido el servicio hospitalario y aquellos de reciente incorporación que son los beneficiados por el denominado Seguro Popular que pasan de un no estatus de servicios hospitalarios a un estatus de beneficios nunca antes recibidos; por lo cual, los niveles de percepción son diferentes.

3.4.1.1. MOTIVACIÓN

Este elemento tiene significado específico y consecuencias en el marketing al igual que la personalidad. Se utilizan frecuentemente para describir por qué las personas emprenden ciertos actos y no otros. Para Blackwell *et al.* (2002 p.232) la *Motivación del consumidor* representa el impulso para satisfacer necesidades tanto fisiológicas como psicológicas mediante la compra y consumo del producto. Hawkins *et al.* (2004 p.340) establecen que la *motivación* es la razón del comportamiento. Un *motivo* es un constructo que representa una fuerza interior inobservable que estimula y suscita una respuesta conductual y proporciona una dirección específica a esa respuesta.

Kerin *et al.* (2003 p.141) opinan que la *Motivación* es la fuerza impulsora del comportamiento para la satisfacción de una necesidad. Las necesidades de los consumidores son el centro de atención del concepto de marketing, de modo que los mercadólogos intentan despertar esas necesidades.

Sin embargo, es importante analizarlo de dos perspectivas complementarias: la primera es que una vez que la empresa ha contratado al personal correcto, que lo ha capacitado bien, que le ha transmitido confianza y que lo ha organizado en equipos de prestación de servicios, surge la pregunta: ¿Cómo puede asegurarse de que entregará un servicio de excelencia? El desempeño del personal depende de la capacidad y de la motivación que redundará en la satisfacción con el trabajo, siendo que las personas (ofertadoras del servicio hospitalario en general) se sienten motivadas y satisfechas simplemente al saber que están haciendo un buen trabajo; se sienten bien consigo mismas (Lovelock y Wirtz, 2009 pp.332-333). Estas dos perspectivas implican lo que ofrece el personal del IMSS y lo que el derechohabiente percibe del servicio otorgado y que generará una motivación de índole positiva o negativa al emitir u opinar según su percepción por o sobre los servicios hospitalarios recibidos.

3.4.1.2. PERCEPCIÓN

El *procesamiento de la información* es una serie de actividades por medio de las cuales los estímulos se perciben, se transforman en información y se almacenan. Consta de cuatro etapas importantes: exposición; atención; interpretación y memoria. Las tres primeras constituyen la *Percepción* (Hawkins *et al.*, 2004 p.266). Asimismo, la *Percepción* es el proceso de recibir, organizar y asignar sentido a la información o los estímulos detectados por nuestro cinco sentidos (Stanton *et al.*, 2007 p.108).

La *Percepción* es el proceso mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta la información para formarse una imagen del mundo que tenga sentido (Kerin *et al.*, 2003 p.143). Sheth y Krishman (2007 p.184) establecen que la *Percepción* es el proceso mediante el cual una persona siente, organiza e interpreta la información que recibe del entorno. Los mercadólogos pretenden entender las fuentes de las percepciones de los consumidores e influir en ellas.

3.4.1.3. APRENDIZAJE

Kerin *et al.* (2003 p.145) opinan que gran parte del comportamiento de los consumidores es aprendida. Los consumidores aprenden cuáles fuentes de información usar en relación con productos y servicios, cuáles criterios de evaluación aplicar respecto de alternativas y, en términos más generales, como tomar decisiones de compra. El *Aprendizaje* consiste en los comportamientos que resultan de: 1) experiencias repetidas, y 2) razonamiento. Lo cual implica, el *Aprendizaje del comportamiento* es el proceso de formación de respuestas automáticas a una situación como resultado de la exposición repetida a ella. Y *Aprendizaje cognoscitivo*, consiste en relacionar dos o más ideas, o simplemente observar los resultados del comportamiento de otras personas y ajustar los propios en concordancia.

Stanton *et al.* (2007 p.109) establecen que el *Aprendizaje* comprende los cambios de la conducta que resultan de la observación y la experiencia. Interpretar y predecir el aprendizaje del consumidor mejora la comprensión del comportamiento de compra, ya que el aprendizaje representa un papel en cada etapa del proceso de decisión de compra. Hawkins *et al.* (2004 p.304) comentan que el *Aprendizaje* es el término empleado para describir los procesos por medio de los cuales la memoria y el comportamiento se modifican como resultado del procesamiento consciente e inconsciente de la información.

3.4.1.4. VALORES

Los valores, las creencias y las actitudes tienen una función central en la toma de decisiones de los consumidores y en las acciones de marketing. Blackwell *et al.* (2002 p.317) comentan que a diferencia de los animales, cuyo comportamiento es instintivo, los seres humanos no nacen sujetos a normas de comportamiento. En lugar de ello, aprenden las normas por imitación y observación de los procesos de premio y castigo que aplican las personas que las aceptan o que se desvían de las normas del grupo; y los procesos mediante los cuales las personas desarrollan sus valores, motivaciones y actividades habituales se conoce como Socialización.

Otra forma de interpretar por qué los consumidores varía en su forma individual de toma de decisión, son los valores. Igual que las actitudes, los valores representan las creencias del consumidor respecto de la vida y el comportamiento aceptable. A diferencia de las actitudes, los valores trascienden las situaciones o los sucesos y son más duraderos porque son más centrales en la estructura de la personalidad. Los valores representan los requisitos universales de la existencia humana: Necesidades biológicas; Requisitos de interacción social coordinada, y Demandas de supervivencia y funcionamiento del grupo (Blackwell *et al.* 2002 p.215).

Los valores culturales son ideas generalizadas sobre lo que es deseable. Estos valores el comportamiento mediante normas, que especifican una gama aceptable de respuestas a

situaciones específicas. Por lo cual, es necesario entender los valores de cada cultura para comprender el comportamiento del consumidor. Existen tres formas generales de valores culturales, siendo: Orientados hacia los demás; Orientados hacia el ambiente y Orientados hacia el individuo (Hawkins *et al.*, 2004 p.42). (Cuadro 1.)

Cuadro 1. Valores que rigen el Código de Conducta del IMSS

❖ Bien Común	
❖ Integridad	❖ Honestidad
❖ Honradez	❖ Imparcialidad
❖ Justicia	❖ Transparencia
❖ Rendición de cuentas	❖ Entorno cultural y ecológico
❖ Generosidad	❖ Igualdad
❖ Liderazgo	

3.4.1.3. CREENCIAS

Las creencias también participan en la formación de actitudes. Las *Creencias* son la percepción subjetiva que tiene el consumidor de *cuán bueno* es un producto o marca en relación con diferentes atributos. Se basan en experiencias personales, publicidad y con otras personas. Las creencias relativas a los atributos de productos son importantes porque, aunadas a los valores personales, generan actitudes favorables o desfavorables del consumidor hacia ciertos productos o servicios (Kerin *et al.*, 2003 p.145).

Las *Creencias* se definen como juicios subjetivos respecto a la relación entre dos o más cosas. Las creencias se basan en los conocimientos. Lo que haya aprendido respecto de un producto determina lo que cree acerca del mismo. La comprensión de la imagen de un producto o servicio requiere entender las creencias de los consumidores respecto de estos (Blackwell *et al.*, 2002 p.289). Kotler y Armstrong (2013 p.141) anotan que una *Creencia* es un pensamiento descriptivo que un individuo tiene acerca de algo. Las creencias pueden basarse en un conocimiento real, opinión o fe, y pueden o no llevar una carga emocional.

3.4.1.4. ACTITUDES

Las *Actitudes* representan lo que nos gusta o nos disgusta. Tener una actitud favorable hacia un producto o servicio es prácticamente siempre un prerequisite esencial para que los consumidores tengan una intención favorable de compra o consumo. No obstante, las actitudes favorables hacia un producto o servicio no se traducen de manera automática en intenciones favorables de compra. –Es el caso de un derechohabiente o paciente que toma la decisión de acudir a los servicios médicos a una clínica particular, o bien, un aficionado puede disfrutar de un encuentro de futbol entre su equipo favorito y otro determinado equipo, pero tiene la intención de mejor disfrutar el encuentro con otro equipo diferente y adquiere un boleto para presenciar el encuentro porque le gusta aún más-. Por esta razón, las actitudes a veces se miden en forma de *Preferencias*, éstas representan las *actitudes* hacia un objeto en relación con otro (Blackwell *et al.*, 2002 p.289).

Stanton *et al.* (2007 p.108) describen que una *Actitud* es una predisposición aprendida para responder a un objeto o una clase de objetos de una manera uniformemente favorable o desfavorable. Todas las actitudes tienen las siguientes características en común: a) Las actitudes son *aprendidas*; b) Tienen un *objeto*; c) Tienen *dirección e intensidad* y d) las actitudes tienden a ser *estables y generalizadas*.

3.4.1.5. PERSONALIDAD

La *Personalidad* tiene muchos significados. En los estudios del consumidor, la *personalidad* se define como respuestas coherentes a estímulos del entorno. Es una composición psicológica única de individuo, que de manera coherente influye sobre la manera en que responde dicha persona a su entorno (Blackwell *et al.*, 2002 p.212).

Hawkins *et al.* (2004 p.340) establecen que la *Personalidad* es el conjunto de las tendencias de una persona a responder de manera característica en situaciones semejantes. Se refiere a los comportamientos o respuestas constantes de la persona ante situaciones recurrentes. Aunque se existen numerosas teorías de la personalidad, en muchas de ellas se identifican rasgos clave, características perdurables de la persona o de su relación con otras (Kerin *et al.*, 2003 p.141).

3.4.1.6. ESTILO DE VIDA

Adler Alfred, psiquiatra Vienés, en 1929 creó el concepto de “estilo de vida” y lo definió como “movimiento ininterrumpido hacia un fin” (citado por Ruiz, J; Oberst U. y Quesada, A. 2006 p.38). Los cambios en los estilos de vida de los consumidores y la búsqueda incesante de nuevos estados de confort, crea la importancia de mencionar la transcendencia de los servicios, ya que la especialización de todas las aéreas de la producción se tradujo en que los negocios se hicieran más dependientes de los servicios contratados. Por ejemplo: Los individuos gastan mayores proporciones de su ingreso en servicios de viaje; internet; restaurantes y esparcimiento acordes a su estilo de vida; en servicios telefónicos; mensajería y paquetería; comunicación y en adquirir servicios de salud y educación entre otros.

Kerin *et al.* (2003 p.147) anotan el *Estilo de Vida* es la manera de vivir que se identifica con la forma en que las personas utilizan su tiempo y recursos (actividades), qué consideran importante en su entorno (intereses) y qué piensan de sí mismas y el mundo que las rodea (opiniones).

El estilo de vida es un concepto popular para la comprensión del comportamiento del consumidor, debido a que es más contemporáneo que la personalidad y más completo que los valores. La mercadotecnia con base en el estilo de vida intenta relacionar un producto, a menudo por medio de la publicidad, con las experiencias cotidianas del mercado objetivo. El *Estilo de Vida* es un constructo resumido definido como patrones en los cuales las

personas viven y gastan tiempo y dinero, reflejando las actividades, interés y opiniones de una persona, así como las variables demográficas que inciden. La gente utiliza elaboraciones con los estilos de vida para entender los eventos que ocurren a su alrededor y para interpretar, conceptualizar y predecir eventos, así como para reconciliar sus valores con dichos eventos (Blackwell *et al.*, 2002 p.219).

Una buena forma de determinar el estilo de vida de una persona es observar los productos y las marcas que consume. El estilo de vida está en función de 1) las características personales del consumidor: la genética; la raza; el género; la edad y la personalidad; 2) el contexto personal, es decir, la cultura; las instituciones; los grupos religiosos y la valía personal; y 3) las necesidades y las emociones (Sheth y Krishnan, 2007 p.188).

Hawkins *et al.* (2004 p.410) comentan que el *Estilo de Vida* es, en esencia, cómo vive una persona. Es la manera en que uno representa su concepto personal. Está determinado por las experiencias anteriores, características innatas y situación actual de la persona. Influye en todos los aspectos del comportamiento de consumo. El estilo de vida es una función de las características individuales inherentes que han sido moldeadas y formadas mediante la interacción social a medida que la persona evoluciona en su ciclo de vida.

Assael (1999 p.409) establece que las variables del estilo de vida se definen por la manera en que los individuos utilizan su tiempo (actividades), lo que consideran importante en su entorno (intereses) y lo que piensan de sí mismos y del mundo que les rodea (opiniones). Las variables del estilo de vida se conocen como características psicográficas, pues las actividades, los intereses y las opiniones son variables orientadas psicológicamente, las cuales pueden ser cuantificadas.

3.4.1.9. AUTOCONCEPTO

Dentro de las teorías de personalidad para describir a los consumidores en primer término los mercadólogos establecen la teoría del *Autoconcepto* (o de la *Autoimagen*) sostiene que los individuos tiene un concepto del yo con base en lo que piensan que son (el yo real) y el concepto de quiénes les gustaría ser (el yo ideal). La teoría del autoconcepto se relaciona con dos conceptos clave de la teoría psicoanalítica; el ego y el superego. Debido a que el ego es un reflejo de la realidad objetiva del individuo, se asemeja al yo real. El superego se define por la manera en que las cosas debían ser y, por consiguiente, es un reflejo del yo ideal (Assael, 1999 p.428).

Para Kerín *et al.* (2003 p.143) el *Concepto de sí mismo* de la persona, es la forma en que se a sí misma y en que piensa que la ven los demás. Stanton *et al.* (2007 p.111) anotan que el concepto de sí mismo es una aplicación de marketing de la teoría de la personalidad. Su *Autoconcepto*, o *Autoimagen*, es la forma en que se ve a usted mismo. Al mismo tiempo, es la imagen que usted piensa que otros tienen de usted. Los psicólogos distinguen entre el *autoconcepto real* –la forma en que se ve usted mismo- y el *autoconcepto ideal* –la forma en que le gustaría verse a los ojos de los demás o los de usted-.

Sheth y Krishman (2007 p.188) comentan que todo mundo tiene una imagen de sí mismo, es decir, una percepción de quién es. Esto se llama *Concepto del yo*. Es más, el concepto del yo incluye lo que la persona piensa que es en la actualidad y lo que le gustaría ser. Estos dos componentes del concepto del yo se llaman el yo real y el yo ideal respectivamente. El concepto del yo influye sobre manera en el consumo de las personas, porque ellas expresan su concepto en gran medida por medio de lo que consumen. Por lo tanto, el concepto del yo de las personas depende también de cuál de los tres roles del consumidor este desempeñando como son: usuario, pagador y comprador, acorde a estos a sí influirá en su autoconcepto.

4. DESARROLLO

Tradicionalmente, a las empresas, organizaciones o compañías se les ha establecido su actividad comercial o las ofertas de mercado de sus productos y servicios de manera general. Es decir, no había una separación o división entre las características de un producto sobre las diferencias de un servicio, se analizaban y ofertan por igual. Sin embargo, al conocer esquemas de servicios se puede apreciar ampliamente que si existen diferencias significativas para considerar su estudio por separado (Barajas, 2014 p.90).

4.1. EL MODELO DE SERVUCCIÓN

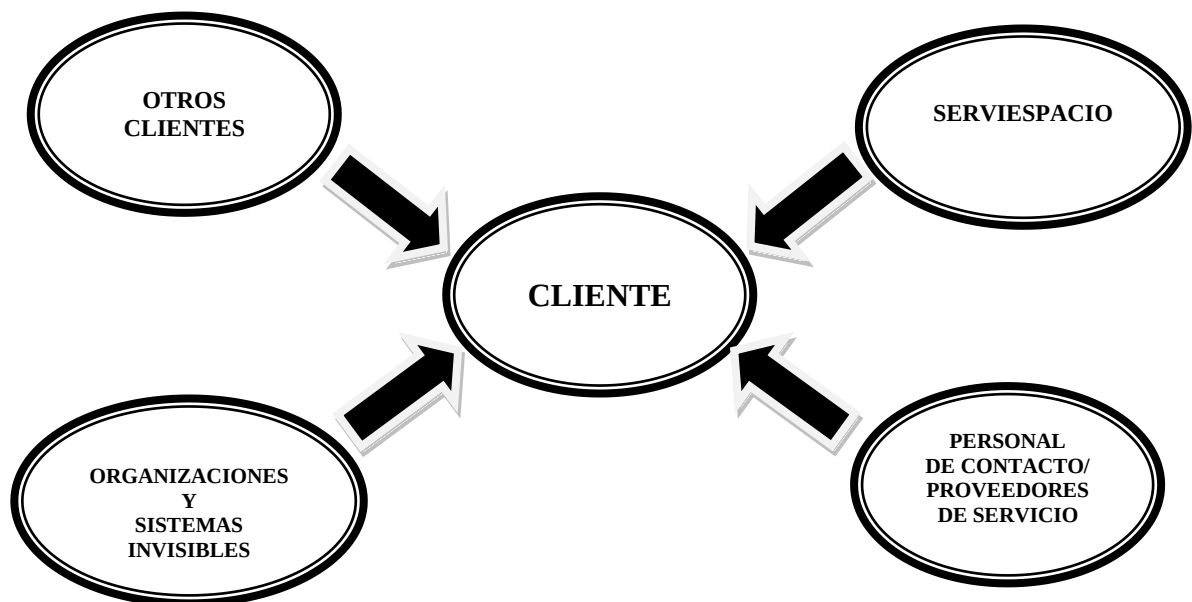


Figura 2. Modelo de Servucción.

Fuente: Adaptada de E. Langeard, J. Bateson, C. Lovelock y P. Eigler, *Marketing of Services: New Insights from consumer and Managers*, Reporte 81-104 (Cambridge, MA: Marketing Services Institute, 1981).

En este rubro se establece la metodología o sistematización de los elementos que considera el modelo de Servucción de la Figura 2 (Hoffman y Bateson 2012 p.9). El cual se utiliza

como plataforma o base para la sistematización de la percepción del derechohabiente que acude a los servicios en UMF15. El cual se analiza mediante una asociación de conceptos con respecto al objeto de estudio.

El modelo de servucción consta de cuatro factores que influyen directamente en la experiencia de servicio de los clientes, los cuáles se asociarán a las percepciones que presenta un derechohabientes que asiste a la Unidad de Medicina Familiar, mismos que se enuncian y desarrollan a continuación:

1. El serviespacio (visible)
2. Personal de contacto/proveedores de servicio (visibles)
3. Otros clientes (visibles)
4. Organizaciones y sistemas (invisibles)

4.1.1. EL SERVIESPACIO

Este rubro se refiere al uso de evidencia física para diseñar o percibir los entornos de servicio. Debido a lo intangible de los servicios, los clientes a menudo tienen problemas para evaluar la calidad de servicio en forma objetiva. Como resultado, a menudo se basan en la evidencia física que rodea al servicio para ayudarlos a formar sus evaluaciones. El serviespacio consiste en condiciones del entorno, objetos inanimados, evidencia física, el útil uso de la evidencia física varía según el tipo de empresa de servicio, como los hospitales utilizan ampliamente la evidencia física cuando diseñan instalaciones y otros aspectos tangibles asociados con el servicio (Hoffman y Bateson 2012 p.9). En esta investigación de tesis se utilizó para conocer y determinar la percepción del derecho sobre el serviespacio que presenta la UMF15.

4.1.1.1. ADMINISTRACIÓN DE LA EVIDENCIA FÍSICA DE LA EMPRESA

El papel de la evidencia física en el marketing de intangibles tiene múltiples facetas. Cuando se desarrollan Serviespacios, la evidencia física se compone de tres vastas categorías: (1) exterior de las instalaciones; (2) interior de las instalaciones; y (3) otros tangibles.

1. El exterior de las instalaciones: incluye diseño interior, señalización, estacionamiento, paisaje y entorno circundante.
2. El interior de la instalación: incluye elementos como diseño del interior, el equipo utilizado para servir directamente al cliente o para administrar el negocio, señalización, distribución, calidad del aire y temperatura, y
3. Otros tangibles: son parte de la evidencia física de la empresa incluyen aspectos como: tarjetas de negocios, papelería, facturas, reportes, apariencia de los empleados, uniformes y folletos.

Todas las empresas de servicios necesitan reconocer la importancia de administrar su evidencia física en sus múltiples facetas:

- a) Empaque del servicio;
- b) Facilitación del flujo de proceso de entrega del servicio;
- c) Socialización con clientes y empleados por igual en términos de sus respectivas responsabilidades, conductas y relaciones; y
- d) Diferenciación de la empresa con respecto de sus competidores. (Hoffman 2012 pp200-202).

a) Empaque del Servicio.

La evidencia física de la empresa desempeña un papel importante en el empaque del servicio. El servicio mismo es intangible y, por consiguiente, no requiere un empaque por razones puramente funcionales. Sin embargo, el uso de la evidencia física para empacar el servicio envía a los clientes indicios de calidad, y le agrega valor al servicio en términos del desarrollo de la imagen, el cual mejora las percepciones del servicio y al mismo tiempo reduce tanto los niveles de riesgo percibido asociados con la compra, como los niveles de disonancia cognitiva después de la compra.

El derechohabiente desde que arriba a la UMF15, al momento de estacionar su vehículo en caso de llegar mediante ese medio de transporte o bien caminando mantiene una percepción sobre las características físicas de la UMF15, al ingresar a la unidad tiene la expectativa de recibir atención con eficiencia, amabilidad, cordialidad, una atención rápida y expedita. Es decir, un servicio médico y administrativo por parte de todos los trabajadores de la unidad de calidad, el cual debe cumplir las expectativas del paciente. En esas acciones el usuario o derechohabiente interioriza una percepción física de la UMF15.

b) Facilitación del proceso de servicio.

Otro uso de la evidencia física de una empresa es facilitar el flujo de actividades que producen el servicio. La evidencia física puede proporcionar a los clientes información acerca de cómo funciona el proceso de producción del servicio. En este aspecto la UMF15 proporciona a sus derechohabientes cuando acude a la Unidad a través de las Trabajadoras de atención al derechohabiente (TAOD); módulo de atención y orientación; el proceso desde una consulta; rayos x; laboratorios; contrareferencias de especialidades; hospitalización; viáticos; pensiones; altas y traslados foráneos entre otros.

c) Socialización de empleados y clientes.

La socialización organizacional es el proceso mediante el cual una persona se adapta a los valores, normas y patrones de comportamiento requeridos por una organización y llega a comprenderlos. La evidencia física de la empresa desempeña un papel importante en el proceso y entre estos los clientes. El propósito del proyecto de socialización es proyectarle al público una imagen positiva y congruente, esto se logra con la imagen que transmite cada empleado cuando interactúa con el público.

La evidencia física, como el uso de uniformes, facilita la socialización de los empleados hacia la aceptación de las metas organizacionales y afecta las percepciones del consumidor acerca de la importancia del servicio proporcionado. Estudios han demostrado que el hecho de usar uniformes:

- Ayuda a identificar al personal de la empresa;
- Presenta un símbolo físico que encarna los ideales y atributos del grupo;
- Implica una estructura de grupo congruente;
- Facilita la consistencia percibida del desempeño;
- Proporciona un símbolo tangible del cambio de posición de un empleado;
- Ayuda a controlar el comportamiento de los empleados errantes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social para cumplir plenamente la noble misión que le ha sido encomendada, de organizar y administrar la Institución y atender responsablemente a la población derechohabientes y usuaria, establece en el artículo 64, fracción III del Reglamento Interior de Trabajo de su Pacto Laboral, la obligación de las y los trabajadores del propio instituto, de no incurrir en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra de otras y otros trabajadores o derechohabientes y demás personal que ocurran al lugar donde presten sus servicios, esto refleja el interés de la institución y de su personal por preservar un sano ambiente de trabajo.

Para garantizar el adecuado cumplimiento de los principios de legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia que rigen al servicio público y que emanan del Código de Ética

de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 31 de Julio del 2002, el IMSS establece el Código de Conducta que tiene como finalidad delimitar la actuación que deben observar las y los servidores públicos IMSS, en el desempeño de sus funciones.

d) Un medio para la diferenciación.

La administración efectiva de la evidencia física también puede ser una fuente de diferenciación. La apariencia del personal y de las instalaciones también puede servir como un factor de diferenciación y tener un impacto directo sobre la forma en que los consumidores perciben que la empresa manejará los aspectos de servicio de su negocio.

La diferenciación también se puede lograr utilizando la evidencia física para reposicionar a la empresa de servicios frente a sus consumidores.

La apariencia del personal y de las instalaciones también puede servir como un factor de diferenciación y tener un impacto directo sobre la forma en que los consumidores perciben que la empresa manejará los aspectos de servicio de su negocio. Numerosos estudios han demostrado que durante las interacciones se percibe a las personas bien vestidas como más inteligentes, trabajadores mejores y más agradables, de manera similar se percibe que las instalaciones con un diseño atractivo tienen una ventaja sobre alternativas mal diseñadas.

El mejoramiento de las instalaciones de la empresa a menudo mejora la imagen de la empresa en la mente de los consumidores y también puede atraer a segmentos más deseables del mercado, lo que ayuda todavía más a diferenciar a la empresa de sus competidores. Para la presente investigación de tesis se observa que el IMSS proporciona a sus trabajadores su gafete y uniformes cada seis meses a su personal, distinguiéndolos por los colores de la bata para facilitar al derechohabiente con quien dirigirse de acuerdo a su necesidad; Así los trabajadores de la UMF15 tienen el compromiso de cumplir la misión, visión y objetivos estratégicos del IMSS, cuyo fin primordial es proporcionar seguridad social, garantizando una atención médica integral, equitativa, oportuna, de calidad, trato

digno, eficiente y comunicación entre los diversos servicios, así como cumplimiento de las prestaciones establecidas por las ley para la población derechohabientes.

4.1.1.2. DESARROLLO DE SERVIESPACIO

El concepto de Serviespacio se refiere al uso de la evidencia física para diseñar entornos de servicios. Por cual, el entorno de la empresa causa un impacto en consumidores (derechohabientes) y empleados por igual, por lo que debe ser diseñando para satisfacer las necesidades de aquellos individuos que pasan más tiempo dentro de la empresa de servicios, como en este caso son los usuarios derechohabientes y los colaboradores de la UMF15.

A medida que varía la participación del cliente en la coproducción del servicio, también debe variar el diseño del serviespacio. Como tal, las empresas de servicios se pueden clasificar como 1) Remotas, 2) De autoservicio, y 3) Interpersonales.

1) Servicios Remotos. Son los servicios en los cuales los empleados están físicamente presentes en la operación de servicio, mientras que la participación del cliente en el proceso de producción del servicio es a una distancia prudente. Es decir requieren poca presencia física del cliente para completar el servicio, por lo que el diseño de la instalación

2) Autoservicios. Son los entornos de servicio que están dominados por la presencia física del cliente incluyen servicios. El entorno de los establecimientos de servicios se debe localizar en puntos de fácil acceso y construidas para atraer a los clientes y mejorar su satisfacción.

3) Servicios Interpersonales. Son los entornos de servicio donde los consumidores y los empleados comparten conjuntamente el espacio físico. Los entornos de los servicios interpersonales se deben desarrollar teniendo en cuenta las necesidades de ambas partes y deben facilitar la interacción social entre clientes y empleados.

Para el caso que compete, en contraste con los servicios remotos y el autoservicio, los servicios interpersonales deben desarrollar serviespacios tomando en cuenta las necesidades

físicas y psicológicas tanto del proveedor de servicios como del cliente. En la UMF15 participa tanto el colaborador, derechohabiente así como sus asegurados (familiares) mismos que están involucrados y presentes físicamente, desde el momento en que accesa el derechohabiente inicia la interacción del colaborador de la UMF15 promover, preservar la salud del usuario hasta que abandona Unidad. Por ejemplo, mientras un derechohabiente espera la consulta familiar, laboratorio o rayos x entre otros, existe un contacto por parte del personal de enfermería preventiva para revisar sus carnets y ver que tengan todas sus acciones preventivas para toda la familia, y de esta forma mejorar y mantener la calidad para fomentar la duración de vida del derechohabiente.

Por otra parte, para comprender la coproducción del usuario final se debe considerar los siguientes elementos en esta empresa UMF15 que se considera de alto contacto, siendo:

Ubicación de las Instalaciones: La ubicación elegida para las operaciones de la empresa de servicios depende de la cantidad de contacto con el cliente que es necesaria durante el proceso de producción. Si los clientes son una parte integral del proceso, las ubicaciones cómodas cerca del hogar o el lugar de trabajo de los clientes ofrecerán a la empresa una ventaja diferencial sobre sus competidores. La UMF15 reúne este criterio debido a que se encuentra ubicada en la avenida principal de la entrada en la Ciudad de Moreleón, Guanajuato, siendo de fácil acceso y salida de emergencia para cualquier ambulancia y/o carro particular o flujo vehicular rápido o bien al desplazarse a pie el derechohabiente.

Distribución de las Instalaciones: En lo que concierne a la distribución de la operación del servicio, las empresas de servicios de alto contacto deben tomar en cuenta las necesidades y expectativas físicas y psicológicas de los clientes. Al respecto, entre las expectativas de los derechohabientes de la UMF15 cuenta con información señalizada como letreros escritos con claridad explicando el proceso, orientación, y espacios suficiente para poder desplazarse adecuadamente y con orientación responsable en caso de que algún derechohabiente cuente con alguna discapacidad, así como sus salidas de emergencia ante cualquier contingencia.

Diseño del Producto: Debido a que el cliente está involucrado en el proceso de producción de los servicios de alto contacto, el cliente definirá finalmente el producto en una forma

diferente de un producto producido por un servicio de bajo contacto. Los servicios de alto contacto que generan productos puramente intangibles, se definen casi exclusivamente por la evidencia física que rodea al servicio y por los pensamientos y opiniones de otros. Al ingresar el derechohabiente es responsabilidad del personal darle un trato digno, cálido, respetuoso por parte del colaborador esperando que el usuario de la UMF15 obtenga sus necesidades satisfecha tanto médicas como administrativas.

Diseño del Proceso: En las operaciones de alto contacto, también se debe considerar la presencia física del cliente en el proceso mismo. Cada etapa en el proceso tendrá un efecto directo e inmediato sobre el cliente. Bajo este contexto el usuario del servicio médico que es el derechohabiente acude personalmente a su consulta médica o bien en circunstancias muy especiales se realiza una consulta personalizada.

4.1.1.3. ADMINISTRACIÓN DE LOS SENTIDOS

Cuando se desarrolla el serviespacio, la empresa de servicios debe considerar el impacto físico y psicológico del entorno sobre los clientes, los empleados y las operaciones de la empresa. Debido a que las personas basan sus percepciones de las instalaciones de una empresa sobre su interpretación de las evidencias físicas. Algunos aspectos que se perciben a primera vista es que UMF15 le falta una remodelación con un toque modernista, ya que mantiene el diseño clásico de más de cinco décadas de antigüedad; se aprecia que en algunas áreas como la del ultrasonido está deteriorada y realiza inadecuadamente una doble función utilizándola como bodega o almacén de cajas soluciones, asimismo, falta higiene en los baños designados a los derechohabiente y tiene carencias básicas como es el papel higiénico. Por otra parte, el material instrumental son los baumanómetros de los consultorios no sirven, y ha sido una costumbre que cada médico traiga su propio estuche de diagnóstico personal adquirido, lo cual es una obligación del UMF15 proporcionar los adecuados medios de trabajo tanto al personal médico como administrativo. Sin embargo, lo más sobresaliente son las inundaciones en el área de hospital y pasillo de urgencias en temporada de lluvias, así mismo se tiene por parte de la

Administración UMF15 un conocimiento de conocer cuándo hay una supervisión delegacional y lo que realizan es un mantenimiento superficial y una falsa impresión de tener en perfectas condiciones los serviespacios. A continuación, se describen algunas generalidades que deben ser consideradas en el serviespacio:

Es importante mencionar el **Color** como evidencia física de la empresa, ya que a menudo causa la primera impresión. El impacto psicológico del color sobre las personas es el resultado de tres propiedades: matiz, valor e intensidad.

- + Matiz se refiere a la familia real del color, como rojo, azul, amarillo o verde.
- + Valor define la brillantez u opacidad de los colores.
- + Matices son los valores más oscuros.
- + Tintes son los valores más claros.
- + Intensidad define la brillantez u opacidad de los colores.

Los matices se clasifican en colores cálidos y fríos. Los colores cálidos incluyen los matices rojo, amarillo y naranja, mientras que los colores fríos incluyen los matices azul, verde y violeta. Los colores cálidos y fríos simbolizan diferentes cosas para distintos grupos de consumidores, los colores cálidos tienden a evocar en el consumidor sentimientos de comodidad e informalidad, los estudios han demostrado que los colores cálidos como el rojo y el amarillo, son una mejor elección que los colores fríos para atraer a los clientes en escenarios minoristas, así mismo alientan a decisiones rápidas. Los colores fríos se perciben como reservados, helados y formales, se pueden utilizar en lugares de un alto nivel de compra.

El valor de los matices afecta psicológicamente a los clientes de la empresa, las oficinas pintadas en colores más claros tienden a verse más grande, mientras que los colores oscuros pueden hacer que los espacios grandes y vacíos se vean más pequeños. La UMF15 está pintada con colores claros como el crema, amarillo y blanco; los consultorios como son

pequeños están pintados de color claro brillante para que dé la impresión de ser más amplio, con un matiz más claro para cubrir las placas de recubrimiento eléctricas, los ventiladores de aire acondicionado y el sistema de alta voz en lo alto, para los letreros se encuentran pintados de color oscuro ya sean café madera con blanco para las letras. Sin embargo, el usuario no lo percibe con agrado esta decoración (Cuadro 2).

Cuadro 2. Percepción de los colores.

PERCEPCIÓN DE LOS COLORES					
COLORES CÁLIDOS			COLORES FRÍOS		
ROJO	AMARILLO	NARANJA	AZUL	VERDE	VIOLETA
Amor	Luz de sol	Luz de sol	Frialdad	Frialdad	Frialdad
Romance	Cordialidad	Cordialidad	Retraimiento	Tranquilidad	Timidez
Sexo	Cobardía	Franqueza	Fidelidad	Paz	Dignidad
Valor	Franqueza	Simpatía	Calma	Frescura	Riqueza
Peligro	Simpatía	Alegría	Piedad	Crecimiento	
Fuego	Alegría	Gloria	Masculinidad	Suavidad	
Pecado	Gloria	Gobierno	Seguridad	Abundancia	
Cordialidad	Brillantez		Tristeza	Adelante	
Emoción	Cautela				
Vigor					
Jovialidad					
Entusiasmo					
Detenerse					

Fuente : Dale M. Lewison, Retailing, uarta edición (Nueva York: Macmillan, 1991)p.277

Otros elementos perceptibles como la **Ubicación** de la UMF15 esta se encuentra en un punto visible desde las principales vías de tránsito y con excelente visibilidad ya que se encuentra en la dirección del tráfico esto lo maximiza, con una visibilidad de identificarla por sus características a nivel nacional de su estilo clásico de herrería tubular verde institucional, alrededor de esta con su patio de maniobras, patio central y de evacuación, con su logotipo único del IMSS, Urgencias entrada amplia para las ambulancias.

Con respecto a la **Arquitectura** de la empresa transmite varias impresiones y además da información a sus clientes, como la naturaleza del negocio de la empresa, las fortalezas y la estabilidad de la empresa. Para el caso, esta UMF15 mantiene lo que la generalidad de las Unidades del IMSS las cuales corresponden al criterio y bajo las normas de reglamentos de construcción para hospitales de dicha Institución

La **Señalización**, el letrero de una empresa tiene dos propósitos principales: identificar la empresa y atraer la atención, es la primera señal que el cliente observa, el resto de los logotipos de la evidencia física de la empresa, como membretes, carnets, gafetes, trípticos, deben ser congruentes con el letrero de la empresa para reforzar su imagen. Al respecto, todas las Unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social están identificadas por su Logotipo Institucional. Este ha tenido un serie de slogans como el de 1943 se identificaba como Seguro Social; para 1945 aparece el logotipo IMSS y el lema “Seguridad para todos”; para 1973 se estiliza el símbolo y se cambia el lema por el de “Seguridad y Solidaridad Social” que continua vigente a la fecha (Figura 3).



Figura 3. Logotipo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Su descripción: en el primer nivel del logotipo aparece el águila que representa la fortaleza y vigilancia del pueblo mexicano para brindar protección a los trabajadores y a sus familias, como sugieren la alas que cubren la figura de la madre y su hijo que a su vez simboliza a la comunidad histórica vigente; en segundo nivel se percibe la ternura materna, el calor humano y la naturalidad, el efecto que expresa la mano sosteniendo la criatura que es tan

grande como un nido, finalmente aparece en la base las siglas IMSS (Logotipo) y con tipografía más pequeña Seguridad y Solidaridad Social (lema o slogan), de color verde que es esencial en nuestra imagen institucional. Algunas aplicaciones del logotipo es en uniformes que identifican al personal, toallas, sabanas, batas, lapiceros, jabones, uniformes deportivos, entre otros.

La **Entrada** y las áreas del vestíbulo de la empresa pueden influir considerablemente en las percepciones del cliente acerca de las actividades de la empresa. La UMF15 cuenta con dos entradas, urgencia y la principal, da una impresión de que sólo existe una entrada la principal debido a que siempre está cerrada, y el acceso a los derechohabientes es por urgencias para tener el control en dichos accesos; esta situación da la impresión de estar encerrados, y tiene poca iluminación al entrar al pasillo de acceso a la planta alta.

La **Iluminación**, los efectos psicológicos de la iluminación en el comportamiento del consumidor son particularmente intrigantes. La iluminación determina la disposición de ánimo, el tono y el ritmo del encuentro de servicio. Por ejemplo, la iluminación en el área de hospital durante el turno nocturno es baja, causando un efecto donde los familiares e incluso los derechohabientes hospitalizados hablan en tono bajo; en comparación con urgencias en el turno nocturno la iluminación es abundante, brillante y los tonos de voces del personal, derechohabientes son en voz alta. El personal de mantenimiento son los que están al pendiente de la luz de los pasillos, centrales, urgencias, entradas del hospital sobre todo a altas horas de la noche.

Otro elemento importante a considerar es lo que se denomina **Evasión del Sonido** cuando se plantea las instalaciones de la empresa, es tal importante comprender la evasión de sonidos indeseables, como comprender la creación de sonidos deseables. En estudios han resultado determinar un efecto en el estado de ánimo, la captación de la atención y cumplen el papel de informar. Por las característica de empresa generadora de servicios clínicos en la UMF15 se debe poner extrema atención, sobre todo el personal de dedicado a la conservación, los trabajos de casa de máquinas con referente a ruidos que molesten a los pacientes durante y el general al mantenimiento de Unidad de Medicina Familiar; calderas;

transporte de alimentación e insumos; el personal de enfermería no mantienen conversaciones en voz alta durante su desempeño laboral, así como en la central de enfermería que está cercana al área de hospitalización.

Los **Anuncios** que se hacen por medio de sistemas de intercomunicación para avisar a sus clientes, personal médico e incluso derechohabientes influye directamente en las percepciones del consumidor acerca de una empresa. Por lo cual, la UMF utiliza este tipo de anuncios para localizar a un colaborador o familiar de algún derechohabiente en caso de una urgencia; o bien, dar anuncios de evacuación en simulacros entre otros.

En algunos casos en la UMF se utiliza pantallas o la **Música**, la cual ayuda a establecer el estado de ánimo de la experiencia del consumidor, mientras que los anuncios captan la atención para ser informados. La unidad debería crear una actitud positiva, ya que la música influye en el comportamiento del derechohabiente, si se observa que con las pantallas o televisores se logra captar su atención y disminuye su tensión. Algo que no se estila, auxiliándose de los propios televisores, se podría emitir una música tranquila en toda la Unidad, lo que podría en los colaboradores y derechohabientes a mantener una determinada experiencia favorable para los derechohabientes y colaboradores.

Otro elemento a considerar en la UMF15 es que el serviespacio de la empresa también puede resultar poderosamente afectado por los aromas, cuando se considera el atractivo de los aromas. Por lo que el personal de servicio debe prestarle tanta atención a la evasión como a la creación de aromas. Los olores a moho, fétidos, rancios afecta dando una impresión negativa. Para el caso de estudio, los desechos hospitalarios son residuos producidos por una instalación de salud, sustancias u objetos a cuya eliminación se procede a separar de acuerdo a normas de salubridad, generalmente el 80% son desechos comunes y el 20% son desechos peligrosos (infecciosos, químicos farmacéuticos, Radioactivos) existe la clasificación de desechos hospitalarios, siendo:

1. Desechos Comunes: no representan peligro de salud y sus características son similares a las que presentan desechos domésticos comunes.

2. Objetos Corto Punzantes: Infestados o no son las agujas hipodérmicas, jeringuillas, pipetas de Pasteur, bisturí, mangueras, placas de cultivo, cristalería rota o entera, cualquier corto punzante desechado aun cuando no se haya utilizado.
3. Desechos Infecciosos o Biológicos: son aquellos desechos que pueden transmitir enfermedades víricas, bacterianas o parasitarias a los seres humanos, son los generados durante el diagnóstico, tratamiento, inmunizaciones e investigaciones entre otros.
4. Desechos Químicos y Farmacéuticos: sus características son agresivas como corrosividad, reactividad, inflamabilidad, toxicidad, explosividad. Algunos ejemplos de desechos químicos son: solventes, ácido crómico, mercurio de termómetros, soluciones de revelado de radiografías, baterías usadas, etc. Y de los desechos farmacéuticos son: los medicamentos vencidos, contaminados, desactualizados y no utilizados entre otros.
5. Desechos peligrosos: son aquellos desechos radioactivos, medicamentos citotóxicos, envases pasteurizados y medicina nuclear entre otros.

Para evitar los malos aromas de estos desechos hospitalarios se guardan en cuartos de almacenamiento hasta que son retirados por empresas especializadas a destruir este material, posteriormente el personal de limpieza deberá realizar su limpieza y desinfectar la zona contaminada. Cada residuo se identifica por el color, siendo: la bolsa color negro son utilizadas para los residuos comunes; la de color rojo son para los residuos biocontaminados y la de color amarillo para los residuos especiales.

4.1.2. PERSONAL DE CONTACTO / PROVEEDORES DE SERVICIO

La experiencia del cliente involucra al personal de contacto y a los proveedores de servicio que interactúan de manera directa con el cliente, siendo:

El **Personal de contacto** son empleados, distintos del principal proveedor de servicios, que interactúan brevemente con el cliente. Por ejemplo, en la UMF15 las asistentes médicas interactúan directamente con el derechohabiente cuando estos acuden a su consulta médica familiar, urgencias, hospitalización.

Los **Proveedores de servicios** son los principales proveedores del servicio. En la UMF15 los médicos, los dentistas lo realizan en la propias instalaciones, de manera externa puede ser los laboratorios que surten los medicamentos; el abastecimientos de productos y materiales de curación, productos de limpieza, ropa y lavandería entre otros. El consumo de servicios a menudo tiene lugar en donde se produce el servicio como son los consultorios, quirófanos, urgencias, laboratorios, farmacia, módulos de prevención, trabajo social, archivo de la UMF15 donde ofrecen el servicio a los derechohabientes.

El personal de servicio desempeña las dobles funciones de interactuar con los clientes y reportarse con la organización interna. En términos estratégicos, los miembros del personal de servicio son una fuente importante de diferenciación del servicio. Para una organización de servicio es un desafío diferenciarse de otras organizaciones similares en términos del conjunto de beneficios que ofrece o de su sistema de entrega. Como es el caso de la UMF15 donde el *Know How* del personal médico competente ofrece normalmente una ventaja competitiva en el nivel del servicio que se otorga, que en ocasiones se ve disminuido este nivel por las cantidades de derechohabientes que tiene la propia UMF.

4.1.2.1 LA ADMINISTRACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE SERVICIOS

Existe Una relación muy clara entre la satisfacción del empleado y la satisfacción del cliente. Los vínculos en la cadena indican que la satisfacción del empleado y la del cliente son directamente proporcionales. Los empleados satisfechos permanecen con la empresa y mejoran su productividad individual. Para el caso es un cliente cautivo el derechohabiente que asiste a la UMF15. La satisfacción del empleado es la clave para la

satisfacción del cliente. Debido al alto contacto que se tiene por parte de todo el personal que colabora al otorgar los servicios clínicos y administrativos al derechohabiente.

El personal de servicio es una fuente importante de diferenciación del servicio. A menudo, es difícil que una organización de servicios se distinga de otras organizaciones semejantes para el paquete de beneficios que ofrece o un sistema de entrega. Muchas veces parece que el personal de contacto con el cliente, los clientes y la empresa de servicios misma buscan diferentes metas que representen la confrontación clásica entre marketing, recursos humanos y operaciones. Al ofrecerse un servicio público como se realiza en la UMF15 la mayoría de los derechohabientes llevan una determinada actitud o predisposición hacia los servicios que recibirán en la atención médica y a la inversión de tiempo a que van a estar sujetos por o para recibirla, siendo los trabajadores o colaboradores de la misma Unidad a los que se culpa con respecto al tiempo de espera, siendo a en ocasiones los que no diseñan los procesos lentos o burocráticos sino que dichos proceso son diseñados e implementados por otro personal y únicamente estos son los que ejecutan dichas acciones.

La UMF15 no está exenta de los conflictos entre la organización y el cliente o derechohabiente son incluso más problemáticos ya que son desacuerdos que surgen a raíz de que un cliente solicita servicios que violan las reglas de la organización. La reacción a esta clase de conflicto con frecuencia se relaciona con cuan subordinado es el rol en la organización. En la UMF15 se da este tipo de desacuerdo generalmente en los envíos a especialidades debido al manejo de la contra-referencia para medicamento controlado y pases al Especialista; viáticos; citas foráneas de alta especialidad y los propios medicamentos contralados entre otros. El derechohabiente argumenta pensando que el tiempo que tarda el trámite es culpa del trabajador y no de las políticas internas o procesos operativos de la institución para este procedimiento. Como el caso de sellos de vigencia y autorizaciones de los coordinadores médicos.

Existen también los conflictos entre clientes, que surgen porque muchos sistemas de entrega del servicio tienen múltiples clientes que influyen en las experiencias entre sí. Como los clientes tienen distintas necesidades, suelen tener guiones totalmente distintos para sí mismos, para el personal de contacto y para otros clientes. La reacción y la

afectividad de los empleados en la solución de conflictos entre clientes parece estar relacionada una vez más con el nivel del rol del empleado en las organizaciones. Por ejemplo existe algún inconveniente con un derechohabiente con respecto a falta de medicamento, una cita muy prolongada de tiempo o bien la asignación de citas automáticas o periódicas como personas de la 3ª, edad o hipertensas, lo cual en ocasiones genera incomodidad en el derechohabiente.

4.1.2.2. ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN E IMPLICACIONES

PARA LOS CLIENTES

Las consecuencias del conflicto de roles y el estrés producen insatisfacción, frustración e intensión del personal de renunciar. Incluso puede dar como resultado un sabotaje del servicio. Cuando los empleados se enfrentan a un conflicto potencial y estrés en su trabajo los empleados intentan una variedad de estrategias para protegerse, la forma más simple de evitar el conflicto es evitar a los clientes. Los símbolos físicos y el mobiliario a menudo se utilizan para estimular el estatus del empleado, y por ende, su sentido del control. Esconderse detrás de un escritorio es una forma de tratar con el conflicto. En el caso extremo, el conflicto y la ambigüedad de roles puede conducir a actos de *sabotaje del servicio*. Estos actos sirven para recuperar el control, o un sentido del mismo, para el proveedor del servicio. En algunos casos dicho sabotaje se mantiene en privado, esto sin duda representa una ruptura en el clima del servicio, pero es más común de lo que uno se imagina, en una encuesta de 182 miembros de personal de servicio contacto con el cliente, se observó que el 90% aceptó un comportamiento con malas intenciones para reducir o arruinar el servicio.

En el personal del IMSS existe el sindicato que protege al trabajador en caso de llegar al departamento jurídico por parte de una queja del derechohabiente a nivel delegacional. Cabe mencionar, que como se viene arrastrando ese formato de cuando ingresa personal nuevo sindicalizado y da un plus lo detienen los mismos compañeros para que este no sea más cooperativo porque ellos mismos comienzan a obstaculizarte dentro de sus labores

mismas, desde no proporcionar el material adecuado para trabajar, establecer claves o contraseñas a los equipos y otro tipo de argucias los procesos del día de labores. Desde otro punto de vista, el personal cuando se siente agredido como por ejemplo, el médico al no satisfacer las necesidades de un paciente desde proporcionar una incapacidad médica o un medicamento controlado que no tenga contrareferencia, el envió al especialista por qué se considera que no lo amerita y el paciente insiste en que se le cubra algún tipo de necesidad; el personal médico acude a su Coordinador para informar el comportamiento e incluso suele acontecer y de común acuerdo se hace que se prolongue el proceso o bien se ayude a solucionarlo de la mejor manera. En el Cuadro 3 se presenta la Clasificación del personal del IMSS.

Cuadro 3. Clasificación del personal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1. Trabajadores de Confianza “A”. Trabajadores designados libremente por el Instituto.
2. Trabajadores de confianza “B”. Trabajadores designados por el Instituto en términos del Reglamento para Calificación y Selección de Puestos de Confianza B pactada por las partes, seleccionándolos entre el personal de Base y de Confianza, con antigüedad mínima de 2 años.
3. Trabajadores de Base. Trabajadores provenientes de la Bolsa de Trabajo.
4. Trabajadores de Obra Determinada. Trabajadores provenientes de la Bolsa de Trabajo.
5. Trabajadores Sustitutos. Trabajadores provenientes de la Bolsa de Trabajo.
6. Trabajadores que prestan servicio en el Programa Federal IMSS Oportunidad. Trabajadores contratados por tiempos debidamente signados por la partes.

Otro factor que se debe considerar para la adecuada prestación de los servicios es la contratación para el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de

Trabajadores del Seguro Social establecen en su contrato colectivo las normas que regulan sus relaciones de trabajo, son normas en su conjunto un esfuerzo de mutuo entendimiento y respeto, actitudes siempre presentes en el trato cotidiano. La calidad debe ser cimentada en la participación, conjunta, coordinada, de trabajadores y funcionarios que día a día llevan a cabo las tareas conducentes para brindar seguridad a través de los servicios institucionales.

4.1.2.3. CONTROL, RECOMPENSA Y EVALUACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

Los empleados se comportan como lo hacen por muchos motivos. Uno de los más poderosos es lo que les dice qué deben hacer, contra qué lo miden y cuál es su recompensa. El hecho de que los clientes participen activamente en el proceso de producción del servicio significa que los proveedores de servicios deben ser sensibles a las necesidades de los clientes y usar las claves para guiar su comportamiento. Debido a estas características de los trabajos de servicio, es mucho más probable que las organizaciones de servicios y no los fabricantes incluyan información de los clientes en el proceso de evaluación del desempeño. Es importante recordar que las recompensas pueden ser extrínsecas o intrínsecas, como disfrutar del trabajo mismo, recibir el reconocimiento de los compañeros de trabajo y supervisores y alcanzar metas difíciles y significativas.

En la UMF15 la felicitación del empleado del mes, en los relojes checadores por parte de las sugerencias y felicitaciones de los derechohabientes y la comunicación verbal.

Con relación a los programas de tiempo extra estos permiten generar un ingreso extra en el bolsillo de los colaboradores, no mayor a 20 horas por quincena excedido ese tiempo no se paga y el colaborador está consciente que se paga una quincena después de la elaborada

Existe la nivelación de puesto, cuando un colaborador realiza un cambio de categoría o de rama mientras se llega su movimiento, se le permite nivelar el puesto y ganar ese ingreso mientras dura la nivelación.

Ofrece becas de capacitación de estudios y además

Créditos de carro y créditos hipotecarios

Asimismo, se tiene derecho a solicitar anualmente 3 meses de anticipado de salario.

Otros apoyos son la compensación por concepto de pasaje a los trabajadores que presten servicios fuera de la ciudad y de las poblaciones asiento de las delegaciones regionales y estatales. Así mismo implica para quienes viven en un estado o municipio distinto a donde se ubique su centro de trabajo. Y los apoyos no se suspenden en caso de vacaciones, licencias de enfermedad, o en licencias menores de 15 días.

Además, el IMSS reconoce el servicio social realizado en sus instalaciones como tiempo efectivo de servicios para efectos de jubilaciones de carreras a nivel licenciatura y

Se puede solicitar licencia sin sueldo hasta máximo por 1 año entre otros beneficios.

4.1.3. OTROS CLIENTES

Para Hoffman y Bateson (2012 p.259) el éxito de múltiples encuentros de servicio depende de la forma eficaz en que la empresa de servicio administra a sus clientes, por ejemplo, en el caso de los establecimientos como consultorios médicos sirven a muchos clientes y el IMSS cada vez más atiende a más derechohabientes de diferentes clases sociales, ya que otros clientes puedan tener un profundo impacto sobre la experiencia de servicio de una persona. La presencia de otros clientes puede mejorar o restar mérito a la experiencia de servicio de una persona. La influencia de otros clientes puede ser *activa* o *pasiva*. Por ejemplo, en la UMF15 existen este tipo de influencias y puede ser *activa* cuando los derechohabientes indisciplinados que dejan perder sus citas le restan mérito en forma activa a las experiencias de servicio de una persona; y se presenta la *pasiva* cuando los derechohabientes llegan tarde a sus cita, demorando así a los demás o esperar a poder acomodarlo en un espacio de tiempo sin afectar al otro derechohabiente que llego a tiempo a su cita.

Es difícil predecir muchas acciones de los clientes que mejoran o le restan mérito a la experiencia de servicio, las organizaciones de servicios pueden tratar de controlar el

comportamiento de estos de manera que puedan coexistir pacíficamente. El IMSS busca mecanismo mediante los cuales pueda mejorar la experiencia de los derechohabientes. Para este fin ha actualizado la forma de almacenar la información de los derechohabientes era manualmente con expedientes clínicos físicos y con notas medicas elaboradas a mano donde en ocasiones surgían inconvenientes como el extravió el expediente clínico o alguna nota medica del especialista, o resultados de laboratorio, o bien del traslado de su consulta médica al archivo clínico.

Con el Sistema Integral de Medicina Familiar (SIMF) que es digitalizado, es decir por computadora se abre expediente clínico se guardan todas las notas médicas, el cual puede ser para ser observado por otras personas del área médica como puede ser: los médico especialista para un mejor control del derechohabiente o en el área de urgencias, etc., resultando ser más eficiente, organizado, entendible y ayudando a medir los tiempos de espera, de productividad de consultas por día, la observación de pacientes que dejan perder citas y un monitoreo delegacional. Presentando oportunidades como si algún derechohabiente no llegó a su cita en el horario que le correspondía se tiene la alternativa de beneficiar otro paciente con mayor anticipación a su cita, ya que el sistema permite realizar dichas modificaciones e intercambiar sus horarios para así optimizar tiempo y con ello tratar de proporcionar una experiencia del servicio clínico y hospitalario.

4.1.3.1. MANEJO DE LAS PERCEPCIONES DEL CONSUMIDOR DE SERVICIO

Los consumidores basan la evaluación del servicio que reciben en sus percepciones, no en la realidad, con frecuencia el estado ánimo influye en las percepciones, algo sobre lo que la empresa de servicios no tiene influencia alguna. Las experiencias anteriores o los antecedentes culturales pueden influir en las percepciones. Los derechohabientes saben que es probable que hagan fila con tiempos de espera desde la consulta espontanea del día, en farmacia y laboratorio entre otras áreas de servicio.

Dado que la producción del servicio y el consumo del mismo ocurren simultáneamente, a menudo varios clientes comparten una experiencia de servicio común. Como resultado, la

demanda con frecuencia supera la oferta y es necesario manejar con eficacia las filas para reducir al mínimo la insatisfacción del cliente. El manejo eficaz de los consumidores en espera es especialmente vital debido a la importancia de las primeras impresiones sobre las percepciones de los consumidores de la experiencia de servicio. Las primeras impresiones son de larga duración para los nuevos derechohabientes que acuden a la UMF15 y afectan de manera drástica las evaluaciones de los clientes de la experiencia total recibida, independientemente de que tan bueno haya sido el servicio, ya que existe una gran diferencia entre el tiempo de espera real y el tiempo percibido para los consumidores, para los derechohabientes que asisten a la consulta espontánea van a apartar lugar desde dos horas o más antes de recibir carnets de consulta y el tiempo en que esperan para recibir la consulta, por lo cual prácticamente invierten un día.

4.1.4. ORGANIZACIONES Y SISTEMAS INVISIBLES

Las organizaciones y los sistemas invisibles reflejan las reglas, regulaciones y procesos en los que se basa la organización, como resultado, aun cuando las reglas, regulaciones y procesos son invisibles para el cliente, tienen un efecto muy profundo sobre la experiencia de servicio del consumidor. Determinan factores como formas de información que deben llenar los clientes, número de empleados que trabajan en la empresa en cualquier momento determinado y políticas de la organización concernientes a numerosas decisiones; los servicios se evalúan con base tanto en el proceso como en los resultados. La organización y los sistemas invisibles impulsan los procesos de la empresa de servicios.

Las empresas de servicios que tratan de crear un proceso de servicio para mejorar la eficacia operativa pueden elegir entre una amplia gama de opciones operativas. La empresa estratégicamente puede optar entre utilizar sus operaciones como el componente clave de su estrategia competitiva o considerarlas simplemente como un mal necesario para completar las tareas cotidianas. La forma en que varias empresas de servicio adoptan la competitividad operativa se puede describir como:

1) Disponible para el servicio: Son las operaciones que son reactivas a las necesidades del resto de la organización y entregan el servicio según esta especificado, tratando de cumplir con su misión, el departamento de operaciones principalmente se ocupa de evitar los errores, la oficina interna se minimiza para mantener los costos bajos, la inversión tecnológica se minimiza, lo mismo que la inversión para capacitación del personal de primera línea, la gerencia desempeña el trabajo realizado por ese personal, dejando poco margen para cualquier esfuerzo discrecional y paga el salario mínimo siempre que es posible. Para el caso de la UMF15 está auspiciada por la Misión general del IMSS: Es otorga a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte.

2) Aprendizaje: Es la motivación aplicada para pasar al aprendizaje de la competitividad operativa a menudo la proporciona la llegada de la competencia, la empresa de servicios puede encontrar que no es suficiente tener sólo una operación básica que funcione, la empresa ahora debe buscar la retroalimentación de sus clientes acerca de los costos relativos y las cualidades percibidas del servicio para identificar áreas de oportunidad en el proceso de entrega del servicio. El departamento de operaciones se vuelve mucho más orientado a lo externo y a menudo se interesa en tener procesos de comparación de sus operaciones en relación con la competencia. La introducción de sistemas basados en la tecnología para las empresas tiende a justificarse con base en los ahorros de costos esperados.

3) Competencias distintivas alcanzadas: La competitividad operativa, las operaciones han llegado a un punto donde sobresalen continuamente, reforzadas por la función de administración del personal y por sistemas que apoyan el enfoque en el cliente .la tecnología se considera como una forma de mejorar la eficacia del servicio al cliente implicando un cambio filosófico al equilibrar la eficiencia con la eficacia, se permite que los trabajadores de servicio al cliente seleccionen entre procedimientos alternos y no están obligados a tratar a todos los clientes de una manera uniforme, sin importar lo que el cliente haya solicitado. De esta manera la competitividad organizacional alienta a los gerentes de

servicio para que escuchen a los clientes y se conviertan en capacitadores y facilitadores de los trabajadores.

4) Entrega de un servicio de clase mundial: la competitividad operativa ofrece la “Entrega de clase mundial”, para este nivel desempeño, las operaciones no sólo deben sobresalir continuamente, sino que se deben convertir en veloces aprendices, adaptarse a las ofertas competitivas y a las necesidades siempre cambiantes de los clientes. En general una empresa de servicios que tenga éxito, su departamento de marketing y de operaciones deben trabajar juntos, logrando un equilibrio en la eficiencia operativa con la eficacia del sistema desde el punto de vista del cliente.

Para la situación que compete a esta investigación de tesis, se refiere a los manuales organizacionales tanto para personal médico como administrativo, los cuales permiten la operatividad de la UMF15, siendo algunos de estos los Manuales Administrativos: el perfil del puesto; descripción y actividades del puesto; código de ética comisiones mixtas (empresa-sindicato) y el contrato colectivo de trabajo entre otros. En cuanto a Manuales del Personal Médico son: el de manual de seguridad e higiene; el perfil de puestos; de procedimientos; el manual de guía médico, asimismo, el contrato de colectivo de trabajo mediante el cual se rigen tanto para el administrativo como médico, capacitación; goce de vacaciones; incapacidades; licencias; jubilaciones; invalidez; pensiones; permisos; promociones; cambios de categoría; cambios de residencia; permutas; sistema escalafonario; responsabilidades; obligaciones y modalidades en materia de sanciones entre otros.

4.1.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

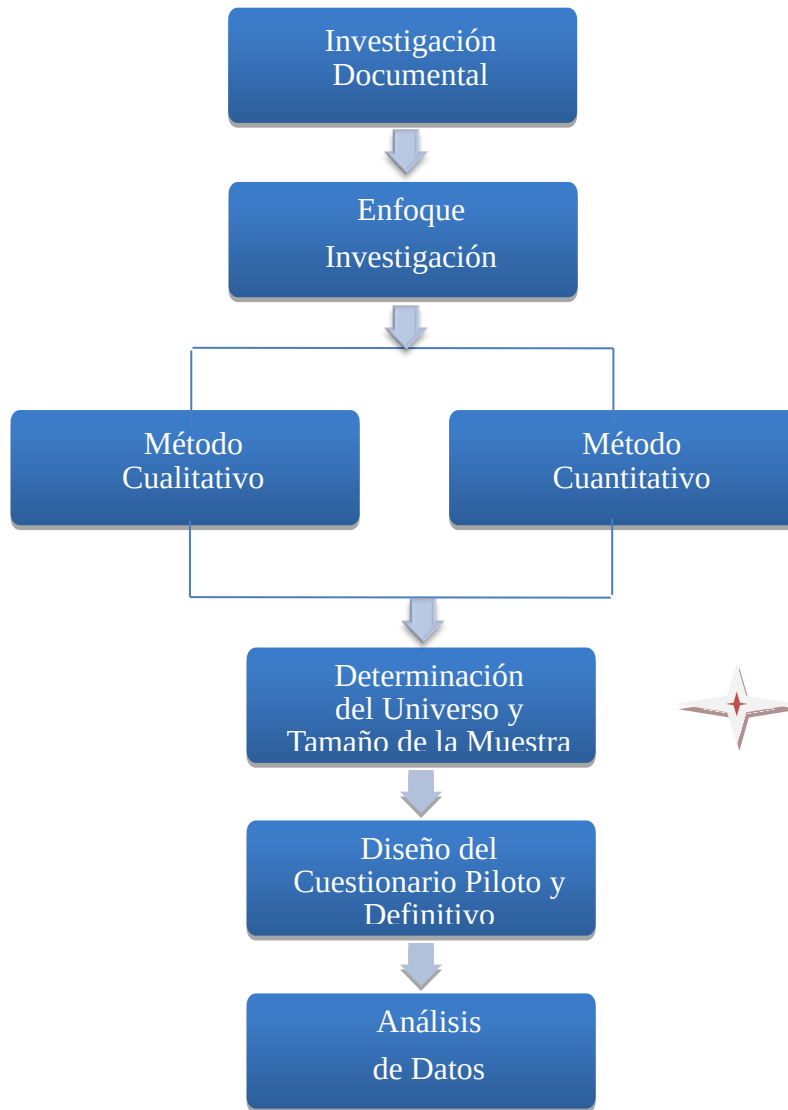


Figura 4. Etapas de la investigación.

En toda investigación es fundamental el diseño de la misma (Figura 4), el cual consiste en un programa que especifica el proceso de realizar y controlar un proyecto de investigación, es decir, es el arreglo escrito y formal de las condiciones para recopilar y analizar información., de manera que combine la importancia del propósito de la investigación y la economía del procedimiento (Namakforoosh 2001 p.85). Dentro de este diseño va inserta la decisión del investigador de utilizar tanto el método cualitativo o cuantitativo o bien el

mixto, a su vez se implementan diferentes etapas. Hernández *et al.* (2010 p.120) definen al diseño como el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. Asimismo, se considera el tipo de diseño como: el exploratorio-descriptivo; experimental; correlacional; explicativa; exploratorio-causal y el diseño histórico entre otros.

4.1.5.1. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

La investigación documental proporcionan datos que se encuentran en documentos que contienen los resultados de estudios como: libros, antologías, artículos, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, periódicos, documentales, foros y páginas de internet entre otros (Hernández *et al.* 2006, p.66). Implica *detectar, consultar y obtener* la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que *extraer y recopilar* la información relevante y necesaria para enmarcar el problema de investigación (Hernández *et al.* 2010, p.53). En la presente investigación se realizó la recopilación de esta información documental a través de libros, artículos, e investigaciones, así como documentos oficiales y portales de internet. Todo ello con la finalidad de generar la base apegada al elemento científico de la presente tesis.

4.1.5.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque en la investigación efectuada en el trabajo de tesis consistió en una investigación mixta, es decir de tipo cualitativo y cuantitativo, iniciando con una investigación documental y posteriormente con una investigación concluyente. Un estudio puede ser *cuantitativo o cualitativo* según el modo de recabar los datos y el grado de rigor matemático a que lo sometemos. Asimismo, puede ser *aplicado o básico*, según que los resultados deban contribuir directamente a las decisiones o lo que se busque contestar (Weiers 1986. p.64).

4.1.5.2.1. ENFOQUE CUALITATIVO

En este método se utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Se guía por áreas o temas significativos de investigación, en los estudios cualitativos pueden desarrollarse preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de datos. Posee las siguientes características:

1. El investigador plantea un problema pero no sigue un proceso claramente definido. Se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación.
2. Bajo la búsqueda cualitativa, el examinador comienza examinando el mundo social y en ese proceso desarrolla una teoría coherente con los datos, de acuerdo con lo que observa.
3. En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, éstas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.
4. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos).
5. El investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades.

6. El proceso de indagación es flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido. A menudo se llama holístico, por que se precia de considerar el “todo”.
7. El enfoque cualitativo evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad.
8. La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente).
9. Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades.
10. El investigador se introduce en las experiencias individuales de los participantes y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado.
11. Las indagaciones cualitativas no pretender generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más amplias ni necesariamente obtener muestras representativas; incluso no buscan que sus estudios lleguen a replicarse.
12. El enfoque cualitativo puede definirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos (Hernández *et al.* 2010, pp.9-10).

4.1.5.2.2. ENFOQUE CUANTITATIVO

Hernández *et al.* (2010, pp.9-10) establecen que en este enfoque o método cada etapa precede a la siguiente y no se pueden eludir pasos, el orden es riguroso, aunque se permite redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analiza las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis.

El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

1. Afirmación del problema bajo estudio
2. Propósitos de estudio
3. Hipótesis
4. Marco Teórico
5. Metodología
6. Aplicación, recolección, y tabulación (conteo)
7. Análisis, síntesis de datos cuantificados
8. Aplicación estadística a los resultados
9. Aceptación o negación de la hipótesis con datos estadísticos
10. Conclusiones y recomendaciones (Eyssautier 2006, p.101).

Derivado de estos dos enfoques: cualitativo y cuantitativo, se establece que el enfoque de la presente investigación de tesis es de carácter mixto. Dado que se utilizan determinadas características que presenta tanto el enfoque cuantitativo y cualitativo como son: la

definición y planteamiento del problema; generación de la hipótesis; establecimiento del marco teórico o conceptual; la recolección de los datos fundamentada en la medición y la generalización de los resultados de la muestra a una población entre otros. Factores que se determinan al aplicar el Modelo de Servucción a la Unidad de Medicina Familiar 15 con respecto a la percepción que tiene el derechohabiente de los servicios médicos y administrativos que utiliza durante su contacto con la UMF15 de la Ciudad de Moroleón, Guanajuato.

4.1.5.3. DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y TAMAÑO DE MUESTRA

4.1.5.3.1. DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO

El Universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Selítiz, 1974). De este Universo se determina la población que consiste en seleccionar una población más adecuada y en identificar los parámetros de la población que nos interesa para el caso las percepciones sobre el servicio que reciben los derechohabientes. En esta investigación el universo son toda la población de derechohabientes adscritos a la UMF15 ubicada en la Ciudad de Moroleón, Guanajuato.

4.1.5.3.2. PROCEDIMIENTO MUESTRAL

Esto implica en primer término la decisión de tomar una muestra en lugar de un censo, este último implica considerar toda la población que se encuentra adscrita a la UMF15 y su duración sería prolongada y costosa (Etapa 2). Por lo cual, se determina conocer las percepciones de un tamaño determinado o tamaño de muestra de la población derechohabiente adscrita a la UMF15, ya que es menos caro y la aportación de los resultados se obtienen de manera rápida y precisa.

En la Figura 5 se presentan las etapas generales del proceso de muestreo que se aplicó en el presente trabajo de tesis.

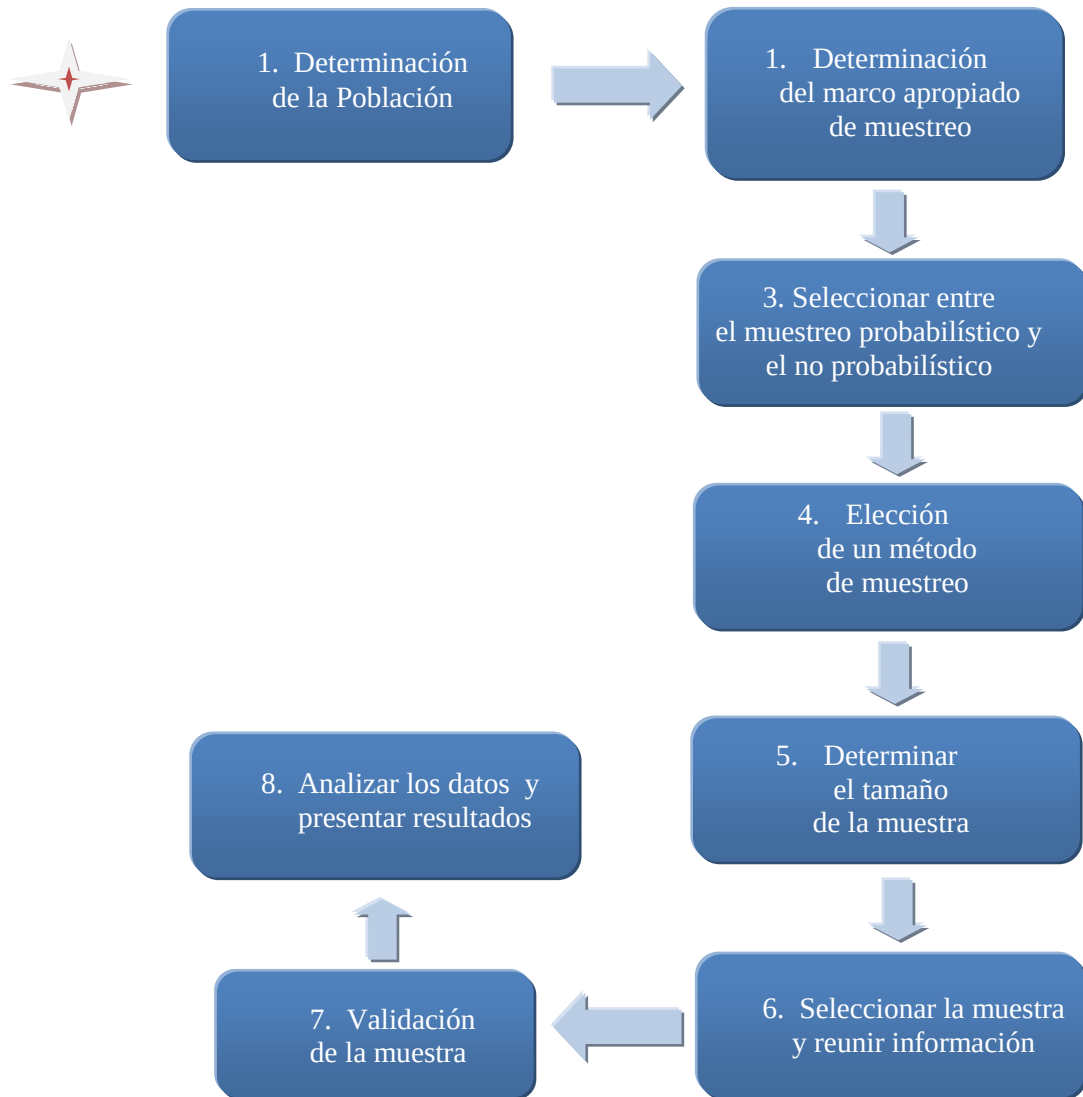


Figura 5. Etapas generales del proceso de muestreo.

Fuente: Weiers, Ronald M. (1986). *Investigación de Mercados*. México.

4.1.5.3.3. SELECCIÓN DEL TIPO DE MUESTREO

Existen diferentes criterios de clasificación de los diferentes tipos de muestreo, aunque en general pueden dividirse en dos grandes grupos: métodos de muestreo probabilísticos y métodos de muestreo no probabilísticos (Weiers, 1986 p.103).

4.1.5.3.3.1. MUESTREO PROBABILÍSTICO

Son aquellos que se basan en el principio de equiprobabilidad. Es decir, aquellos en los que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de una muestra y, por consiguiente, todas las posibles muestras de tamaño n tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas. Sólo estos métodos de muestreo probabilísticos aseguran la representatividad de la muestra extraída y son, por tanto, los más recomendables. Dentro de los métodos de muestreo probabilísticos se encuentran los siguientes tipos:

A) Muestreo aleatorio simple. El procedimiento empleado es el siguiente: 1) se asigna un número a cada individuo de la población y 2) a través de algún medio mecánico (bolas dentro de una bolsa, tablas de números aleatorios, números aleatorios generados con una calculadora u ordenador, etc.) se eligen tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido. Este procedimiento, atractivo por su simpleza, tiene poca o nula utilidad práctica cuando la población que estamos manejando es muy grande.

B) Muestreo aleatorio sistemático: Este procedimiento exige, como el anterior, numerar todos los elementos de la población, pero en lugar de extraer n números aleatorios sólo se extrae uno. Se parte de ese número aleatorio i , que es un número elegido al azar, y los elementos que integran la muestra son los que ocupa los lugares i , $i+k$, $i+2k$, $i+3k$, ..., $i+(n-1)k$, es decir se toman los individuos de k en k , siendo k el resultado de dividir el tamaño de la población entre el tamaño de la muestra: $k = N/n$. El número i que empleamos como punto de partida será un número al azar entre 1 y k .

El riesgo este tipo de muestreo está en los casos en que se dan periodicidades en la población ya que al elegir a los miembros de la muestra con una periodicidad constante (k) podemos introducir una homogeneidad que no se da en la población. Imaginemos que estamos seleccionando una muestra sobre listas de 10 individuos en los que los 5 primeros son varones y los 5 últimos mujeres, si empleamos un muestreo aleatorio sistemático con $k=10$ siempre seleccionaríamos o sólo hombres o sólo mujeres, no podría haber una representación de los dos sexos.

C) Muestreo aleatorio estratificado: Trata de obviar las dificultades que presentan los anteriores ya que simplifican los procesos y suelen reducir el error muestral para un tamaño dado de la muestra. Consiste en considerar categorías típicas diferentes entre sí (estratos) que poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica (se puede estratificar, por ejemplo, según la profesión, el municipio de residencia, el sexo, el estado civil, etc.). Lo que se pretende con este tipo de muestreo es asegurarse de que todos los estratos de interés estarán representados adecuadamente en la muestra. Cada estrato funciona independientemente, pudiendo aplicarse dentro de ellos el muestreo aleatorio simple o el estratificado para elegir los elementos concretos que formarán parte de la muestra. En ocasiones las dificultades que plantean son demasiado grandes, pues exige un conocimiento detallado de la población. (tamaño geográfico, sexos, edades,...).

D) Muestreo aleatorio por conglomerados: Los métodos presentados hasta ahora están pensados para seleccionar directamente los elementos de la población, es decir, que las unidades muestrales son los elementos de la población.

En el muestreo por conglomerados la unidad muestral es un grupo de elementos de la población que forman una unidad, a la que llamamos conglomerado. Las unidades hospitalarias, los departamentos universitarios, una caja de determinado producto, etc., son conglomerados naturales. En otras ocasiones se pueden utilizar conglomerados no naturales como, por ejemplo, las urnas electorales. Cuando los conglomerados son áreas geográficas suele hablarse de "muestreo por áreas". El muestreo por conglomerados consiste en seleccionar aleatoriamente un cierto número de conglomerados (el necesario

para alcanzar el tamaño muestral establecido) y en investigar después todos los elementos pertenecientes a los conglomerados elegidos.

4.1.5.3.3.2. MUESTREO NO PROBABILÍSTICO

A veces, para estudios exploratorios, el muestreo probabilístico resulta excesivamente costoso y se acude a métodos no probabilísticos, aun siendo conscientes de que no sirven para realizar generalizaciones (estimaciones inferenciales sobre la población), pues no se tiene certeza de que la muestra extraída sea representativa, ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. En general se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando, en la medida de lo posible, que la muestra sea representativa. (Barajas, 2008, p.56). En algunas circunstancias los métodos estadísticos y epidemiológicos permiten resolver los problemas de representatividad aún en situaciones de muestreo no probabilístico, por ejemplo los estudios de caso-control, donde los casos no son seleccionados aleatoriamente de la población. Entre los métodos de muestreo no probabilísticos más utilizados en investigación son:

A) Muestreo por cuotas: También denominado en ocasiones "accidental". Se asienta generalmente sobre la base de un buen conocimiento de los estratos de la población y/o de los individuos más "representativos" o "adecuados" para los fines de la investigación. Mantiene, por tanto, semejanzas con el muestreo aleatorio estratificado, pero no tiene el carácter de aleatoriedad de aquél. En este tipo de muestreo se fijan unas "cuotas" que consisten en un número de individuos que reúnen unas determinadas condiciones, por ejemplo: 20 individuos de 25 a 40 años, de sexo femenino y residentes en Gijón. Una vez determinada la cuota se eligen los primeros que se encuentren que cumplan esas características. Este método se utiliza mucho en las encuestas de opinión.

B) Muestreo intencional o de conveniencia: Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Es muy frecuente su utilización en sondeos

preelectorales de zonas que en anteriores votaciones han marcado tendencias de voto. También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento es utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso.

C) Muestreo bola de nieve: Se localiza a algunos individuos, los cuales conducen a otros, y estos a otros, y así hasta conseguir una muestra suficiente. Este tipo se emplea muy frecuentemente cuando se hacen estudios con poblaciones "marginales", delincuentes, sectas, determinados tipos de enfermos, etc.

D) Muestreo discrecional: A criterio del investigador los elementos son elegidos sobre lo que él cree que pueden aportar al estudio.

En esta investigación de tesis el método de muestreo que se utiliza es el **intencional o de conveniencia**, debido a la accesibilidad de la obtención de la información sobre percepción de los derechohabientes adscritos y que asisten a las instalaciones de la UMF15, ya sea para recibir atención médica o bien para realizar algún trámite administrativo.

4.1.5.3.4. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los dos métodos principales con que se determina el tamaño de la muestra, necesarios para lograr cierto grado de exactitud son el tradicional y el bayesiano. A continuación se enuncian siete formas de delimitación del tamaño de muestra empleadas al utilizar otras formas de muestreo:

- a) **Tamaño de la muestra al estimar la media de la población.** La mayor dificultad para aplicar esta forma consiste en calcular la desviación estándar de la población basándose en trabajo anteriores sobre el tema.
- b) **Tamaño de la muestra al estimar la proporción de la población.** El procedimiento se parece al anterior, salvo que ahora se trata de una proporción y no de una media de la población

- c) **Muestreo cuando la población es finita.** A medida que el tamaño de la muestra se acerca al de la población, desaparece el error muestral y a la postre se tendrá un censo completo de la población.
- d) **Tamaño de la muestra al estimar la media de una población finita.** Se usa cuando se tiene una población conocida como finita, además de que ya existen trabajos anteriores para poder estimar la desviación estándar.
- e) **Tamaño de la muestra al estimar la proporción de una población finita.** Se aplica cuando solamente conocemos el tamaño de la población y no existen trabajos anteriores al tema.
- f) **Tamaño de la muestra por muestreo estratificado.** Al recurrir a esta técnica, debe tomarse una decisión sobre cuántas unidades muestrales figuran en cada estrato. Se dan dos tipos de muestreo estratificado: proporcional y no proporcional.
- g) **Tamaño de la muestra al aplicar el enfoque bayesiano al muestreo.** Se puede señalar que está orientado a la toma de decisiones y que se ocupa de los aspectos de costo frente al valor de varios tamaños de la muestra que proporcionará el beneficio global óptimo en función de la ganancia y el costo de errores conexos con la decisión para la cual se va a extraer una muestra.

En la presente investigación se efectuó mediante la aplicación del método no probabilístico (método experimental), el cual muestra una particularidad esencial ante el método probabilístico, pues no permite el cálculo del error muestral. Cabe señalar, con el método no probabilístico, la investigación resulta beneficiada con la ventaja de un menor tiempo respecto a una muestra probabilística, donde por este método el tamaño de la muestra resultaría muy amplia debido al gran número que es de 43,590 derechohabientes, lo cual consecuentemente implicaría un mayor tiempo para la investigación concluyente o de campo, que podría resultar al final de esta investigación sus resultados ya poco reales, por lo cual el número de encuestados fue de 100 derechohabientes de la UMF15.

Cabe señalar, que dadas las condiciones de la presente investigación de trabajo de tesis el muestreo seleccionado fue el muestreo intencional o de conveniencia también conocido como de fines especiales, el cual indica que es aquel en que los miembros se escogen a fin

de cumplir con criterios previamente establecidos que se juzgan importantes y son determinados por el investigador, por lo tanto el tamaño de muestra designado fue de 100 derechohabientes.

Por otra parte, con la finalidad de establecer una validez y confiabilidad de la designación del tamaño de muestra, basándose el teorema límite central donde se establece la Regla Empírica [se aplica en una distribución normal, (acampanada o campana de Gauss-Jordan)] dentro de una desviación estándar de la media se encuentra aproximadamente el 68 % de los datos. Dentro de dos desviaciones estándar de la media hay, aproximadamente, un 95 % de los datos, y dentro de tres desviaciones estándar esta aproximadamente el 99.7 % de los datos. Es decir, que si el tamaño de muestra es mayor de 30 (en este caso es de 102 derechohabientes) se presentará una distribución normal o simétrica, donde la variabilidad de la información arriba del tamaño de muestra de 30 será poco significativa (Johnson, 1998 p.35).

4.1.5.4. DISEÑO DEL CUESTIONARIO PILOTO Y DEFINITIVO

4.1.5.4.1. TIPOS DE CUESTIONARIOS

Los cuestionarios pueden ser clasificados con base al grado de libertad o discrecionalidad del investigador o entrevistador a la hora de plantear las preguntas. Se tienen tres clases:

- a) **Estructurados:** Las preguntas y posibles respuestas están formalizadas y estandarizadas, ofrecen una opción al entrevistado entre varias alternativas. Se utilizan cuando se tienen que realizar muchas entrevistas y cuando es importante el orden de las preguntas y respuestas.
- b) **No estructurados:** Suelen ser preguntas generales, que están centradas en el tema de la investigación y que permiten al entrevistador mayor libertad en la formulación de

preguntas específicas. Las preguntas se hacen en cualquier orden y utilizando un vocabulario adecuado al nivel de cada entrevistado.

- c) **Semiestructurados:** En ellos se presenta un guión con las principales preguntas y un orden que no es riguroso, ni tampoco la expresión con la que se formulen las preguntas.

Un cuestionario, en sentido estricto, es un sistema de preguntas racionales, ordenadas en forma coherente, tanto desde el punto de vista lógico como psicológico, expresadas en un lenguaje sencillo y comprensible, que generalmente responde por escrito la persona interrogada, sin que sea necesaria la intervención de un encuestador.

El cuestionario permite la recolección de datos provenientes de fuentes primaria, es decir, de personas que poseen la información que resulta de interés. Las preguntas precisas están definidas por los puntos o temas que aborda la encuesta; de esta forma, se dirige la introspección del sujeto y se logra uniformidad en la cantidad y calidad de la información recopilada, características que facilitan la aplicación del cuestionario en forma colectiva o su distribución a personas que se encuentran diseminadas en lugares lejanos al investigador. Un cuestionario sigue un patrón uniforme, que permite obtener y catalogar las respuestas, lo que favorece su contabilidad y la comprobación de los resultados, circunstancia que no ocurre con la entrevista.

Dentro de la encuesta o sondeo de opinión, el cuestionario es el instrumento que vincula el planteamiento del problema con las respuestas que se obtienen de la población. Por eso resulta condición indispensable definir el problema de investigación, los objetivos del mismo y, en su caso, la hipótesis. A partir de estos elementos, el investigador recurrirá a sus conocimientos, experiencias en el tema y sentido común, así como el juicio de otros investigadores, para generar un cuestionario que sea el recurso idóneo que consiga la información, que procesada y analizada proporcione conocimiento con respecto al problema de estudio. En general, el tipo y las características del cuestionario se determinan básicamente a partir de las necesidades de la investigación, así como de los rasgos y tamaño de la población (García, 2004, p.29).

En la presente investigación se diseña un cuestionario estructurado. En primer término se estructura un cuestionario piloto con preguntas de opción múltiple implementado un escalamiento de sujetos utilizando el Modelo de Likert. En este Modelo los objetos no son importantes en sí mismos, y se usan con la única finalidad de generar datos en los sujetos, que permiten su escalamiento (Arce, 1994, p.31).

El cuestionario consta de 4 partes:

- 1ª. Parte. Corresponde a los datos socioeconómicos como: Género; lugar de nacimiento; estado civil; edad; grado de estudios; si trabaja y es beneficiario o asegurado.
- 2ª. Parte. Es integrada con aspectos que se refieren a la percepción del serviespacio como: Fachada; instalaciones tanto del área médica como de urgencias y mobiliario.
- 3ª. Parte. Aborda aspectos referentes a la percepción sobre el trato y conocimiento personal médico y de enfermería, y
- 4ª. Parte. Incluye elementos sobre la percepción de la eficiencia y trato del personal que labora en áreas administrativas, así como de experiencias y tiempos de espera y ubicación geográfica de la Unidad de Medicina Familiar 15 ubicada en Moroleón, Guanajuato.

Esta opción fue desistida debido que al aplicarse 3 cuestionarios las personas que fueron entrevistadas mediante esta técnica mostraron un desinterés opinando que les parecía confuso y tedioso, ya que se utilizaron los términos de: totalmente de acuerdo; de acuerdo; no muy de acuerdo; en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Cabe señalar, que el cuestionario se le proporcionó para que el propio encuestado lo respondiese o contestara, lo cual fue comprensible por el nivel socioeconómico del derechohabiente adscrito a la UMF15. Debido a esta situación se optó por utilizar un cuestionario con preguntas cerradas abiertas y dicotómicas y de opción múltiple con razonamientos más sencillos como: eficiente; poco eficiente y deficiente el cual se presenta como Cuestionario Definitivo que consta de 28 reactivos Figura 6 (Véase pp.75-76).

"Aplicación del modelo de Servucción a la Unidad de Medicina Familiar 15 en el sector público, en ciudad de Moreleón Guanajuato"

Encuesta de Opinión sobre la Percepción de los Servicios del Derecho-habiente que asiste a la UMF 15.

Instrucciones: Las siguientes preguntas tienen solamente un uso estadístico. Sirven de apoyo para analizar los datos de la encuesta. Por ningún motivo Usted será identificado por sus respuestas. ¡Gracias por su colaboración!

1. Género: Femenino ☐ Masculino ☐
2. Lugar de Nacimiento _____
3. Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐
4. Edad: _____ Años
5. ¿Cuál es su máximo grado de estudios? _____
6. ¿Usted trabaja? Si ☐ No ☐
7. Usted es trabajador ó beneficiario de la Unidad de Medicina Familiar 15
Trabajador Asegurado ☐ Beneficiario ☐
8. Considera usted qué la fachada de la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Agradable ☐ Poco agradable ☐ Desagradable ☐ Imperceptible ☐
9. Considera qué el espacio físico de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 15 son:
Buenas ☐ Regulares ☐ Deficientes ☐
10. Considera qué las instalaciones del área de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar 15 son:
Buenas ☐ Regulares ☐ Deficientes ☐ No ha acudido ☐
11. Considera usted que es funcional el mobiliario de la Unidad de Medicina Familiar 15 es :
Funcional ☐ Poco funcional ☐ Nada funcional ☐
12. Considera que el personal que está en Rayos X para su atención médica en la UMF 15 es:
Eficiente ☐ Poco eficiente ☐ Deficiente ☐
13. Considera que el personal que está en el área de Ultrasonido para su atención médica es:
Eficiente ☐ Poco eficiente ☐ Deficiente ☐
14. Considera que el personal que está en Electrocardiograma para su atención médica es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐

15. Considera que el personal que está en el área de Urgencias para su atención médica es:
Eficiente ☐ Poco eficiente ☐ Deficiente ☐
16. Considera que el conocimiento personal médico en la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
17. Considera que el trato del personal médico en la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
18. Considera que el conocimiento del personal de enfermería en la UMF 15 es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
19. Considera que el trato del personal de enfermería en la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
20. Considera que el trato de la asistente médica en la Unidad de Medicina Familiar 15 es :
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
21. Considera que el trato del personal de farmacia en la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
22. Considera que las recetas de los medicamentos en la Unidad de Medicina Familiar 15 se surten:
Completas ☐ Incompletas ☐
23. Considera que el personal de oficinas administrativas en la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente ☐
24. Usted ha utilizado el área de especialidades en la Unidad de Medicina Familiar 15 es:
Si ☐ No ☐
25. Considera que el tiempo en que se realiza su trámite el área de especialidades en la UMF 15 es:
Rápido ☐ Lento ☐ Muy lento ☐
26. Considera que es bueno que se les dé prioridad a las personas de la tercera edad en la UMF 15.
Si ☐ No ☐ A veces ☐
27. Considera que las experiencias al venir a esta Unidad de Medicina Familiar 15 son:
Buenas ☐ Regulares ☐ Malas ☐
28. Considera que la ubicación de la Unidad de Medicina Familiar es:
Accesible ☐ Poco accesible ☐ Nada accesible ☐

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

FECHA: _____

4.1.5.5. INVESTIGACIÓN CONCLUYENTE O DE CAMPO

Dentro de la etapa de investigación de campo se procedió a la aplicación del cuestionario definitivo a 101 derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 15 durante el tiempo de espera para recibir la atención médica. El levantamiento de datos se realizó durante el mes de septiembre de 2014, tanto en el turno matutino como vespertino. Sin discriminación en edad ni en género. En la aplicación del cuestionario se ejerció la actividad de direccionador; con la finalidad de orientar al derechohabiente sin influir en sus respuestas. Obteniendo de esta forma la información suficiente y necesaria para la realización de la presente investigación de tesis de Maestría.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Con la finalidad de darle un proceso sistemático y metódico a los datos para llegar a obtener los resultados, el procesamiento de datos se realizó empleando una estadística aplicada a través de un análisis de la información resultante de las encuestas de opinión, para el vaciado de las respuestas obtenidas por los usuarios se utilizó el formato establecido el Programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) Versión 18, que es un programa estadístico informático utilizado en las ciencias sociales. Evaluando así de manera general e independiente las respuestas de cada pregunta, agrupándolas por criterios homogéneos con la finalidad de simplificar la información y hacerla comprensible. Por otra parte, se realizó una determinación tabla de contingencia, frecuencias y porcentual de cada una de las respuestas a cada pregunta, lo cual permitió tener un panorama más claro de la percepción del derechohabiente y al mismo tiempo tener más precisión en las conclusiones y recomendaciones. A continuación se muestran los Cuadros y Gráficos obtenidos:

Cuadro 4. Frecuencia de género de asegurado y beneficiario.

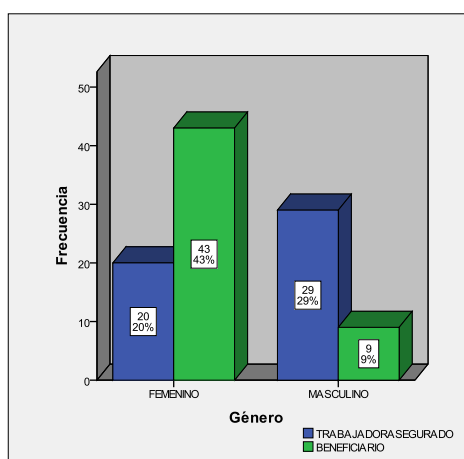
Género			Total
	TRABAJADOR	BENEFICIARIO	
FEMENINO	20	43	63
MASCULINO	29	9	38
Total	49	52	101

Cuadro 5. Frecuencia de derechohabientes por género y nivel de escolaridad.

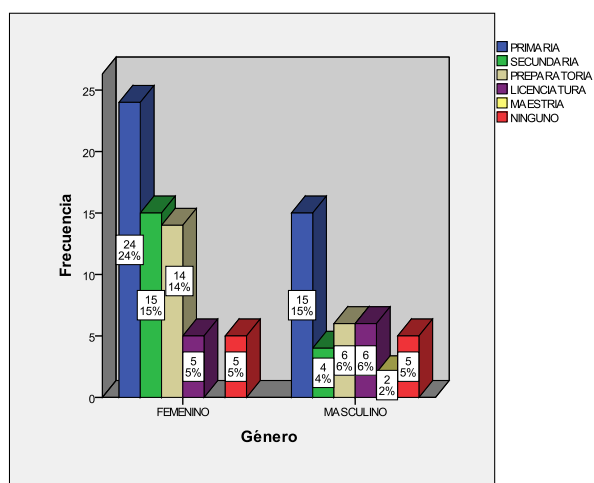
Género							Total
	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA	MAESTRÍA	NINGUNO	
FEMENINO	24	15	14	5	0	5	63
MASCULINO	15	4	6	6	2	5	38
Total	39	19	20	11	2	10	101

Cuadro 6. Frecuencia y porcentaje del grado académico de los derechohabientes

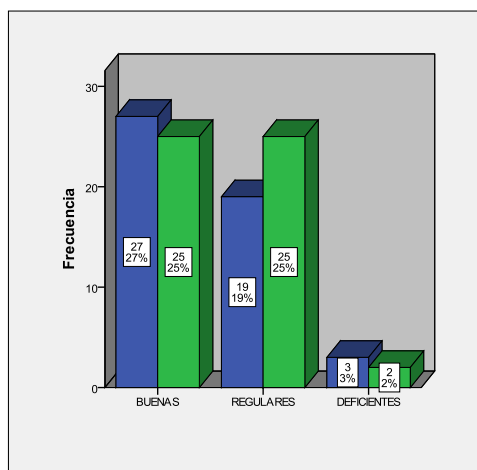
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	39	38.6	38.6	38.6
SECUNDARIA	19	18.8	18.8	57.4
PREPARATORIA	20	19.8	19.8	77.2
LICENCIATURA	11	10.9	10.9	88.1
MAESTRÍA	2	2.0	2.0	90.1
NINGUNO	10	9.9	9.9	100.0
Total	101	100.0	100.0	



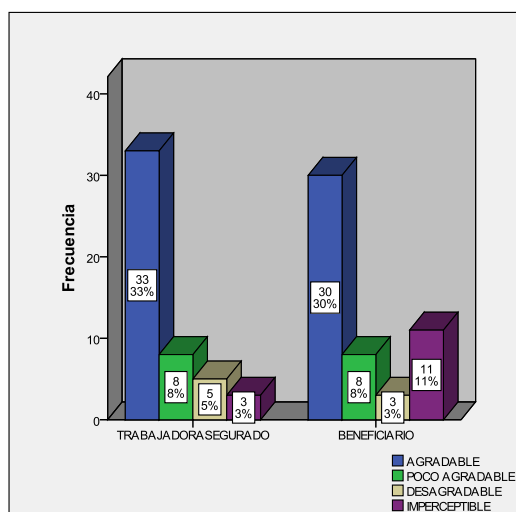
Gráfica 1. Frecuencia y porcentaje del derechohabiente por sexo



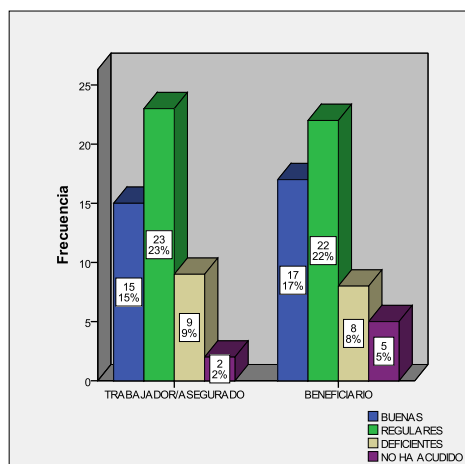
Gráfica 2. Frecuencia y porcentaje del derechohabiente por género y escolaridad



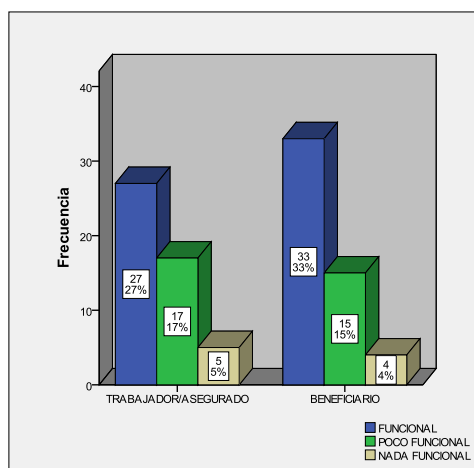
Gráfica 3. Percepción de las instalaciones del derechohabiente por sexo



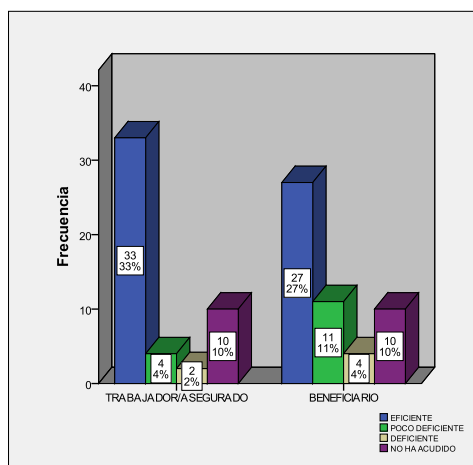
Gráfica 4. Percepción del derechohabiente de la fachada de la UMF15



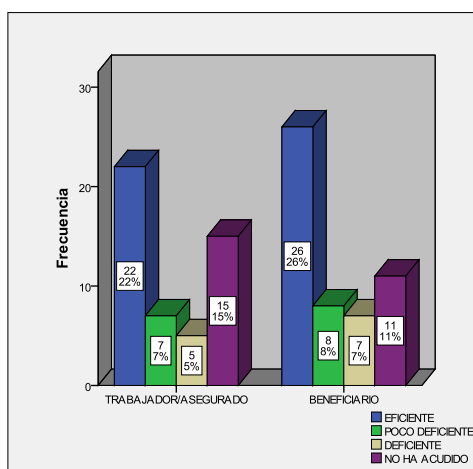
Gráfica 5. Frecuencia y porcentaje de percepción del derechohabiente en instalaciones de urgencias



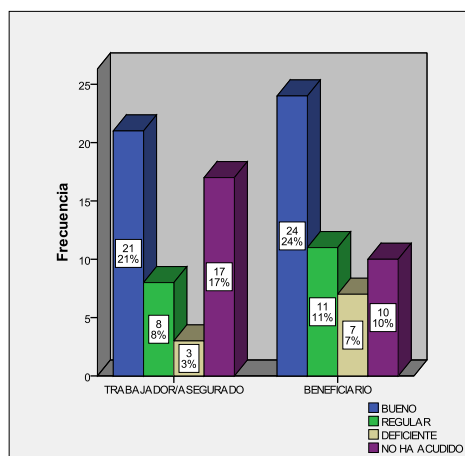
Gráfica 6. Percepción del derechohabiente sobre el mobiliario de la UMF15



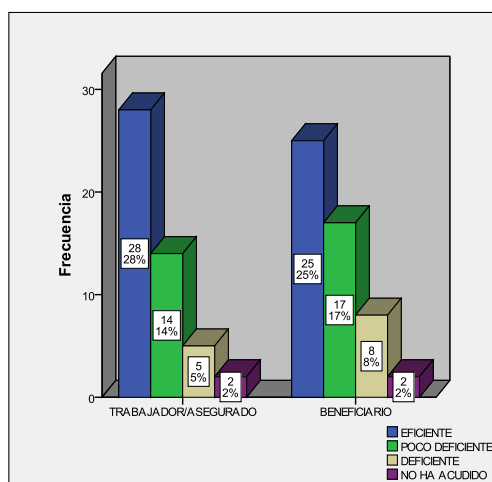
Gráfica 7. Percepción del derechohabiente sobre el personal de Rayos X



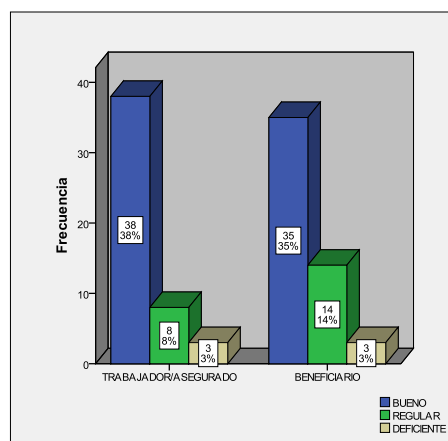
Gráfica 8. Percepción del derechohabiente con respecto al personal de ultrasonido.



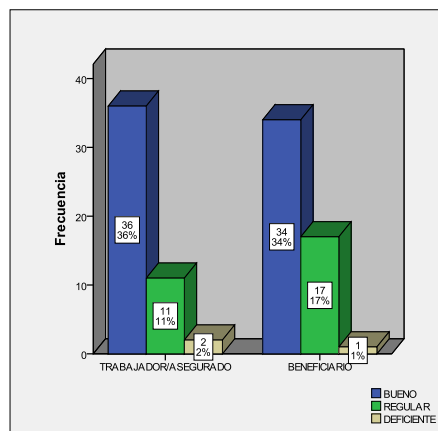
Gráfica 9. Percepción del derechohabiente respecto al personal de electrocardiograma.



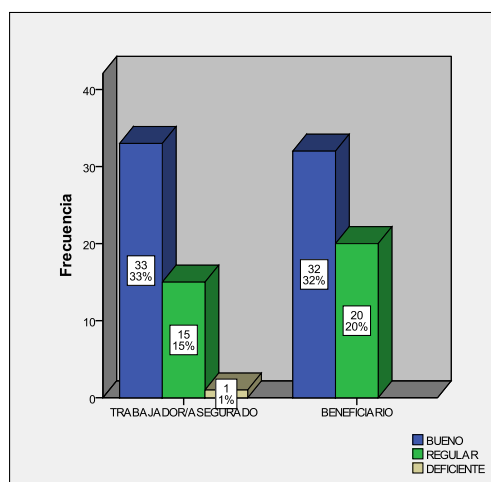
Gráfica 10. Percepción del derechohabiente respecto al personal del área de urgencias de la UMF15



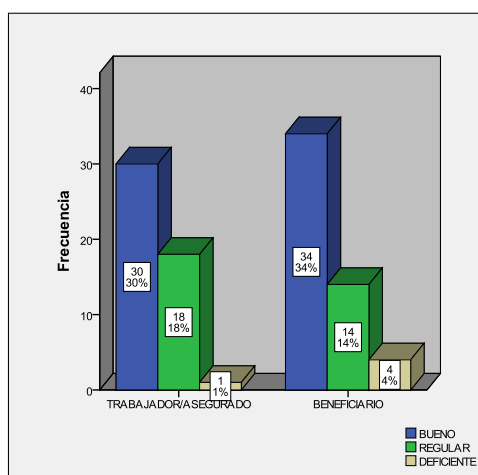
Gráfica 11. Percepción del derechohabiente respecto al conocimiento del personal médico



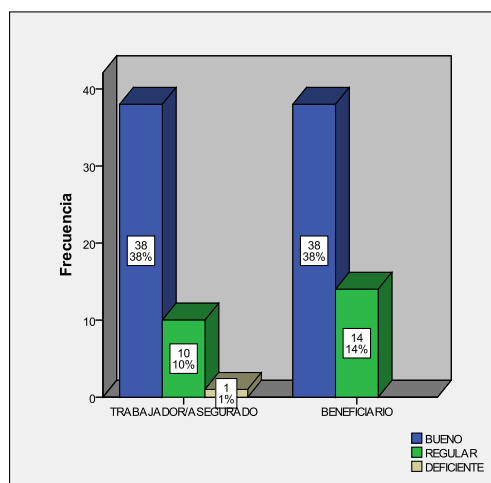
Gráfica 12. Percepción del derechohabiente respecto al trato que recibe el personal médico



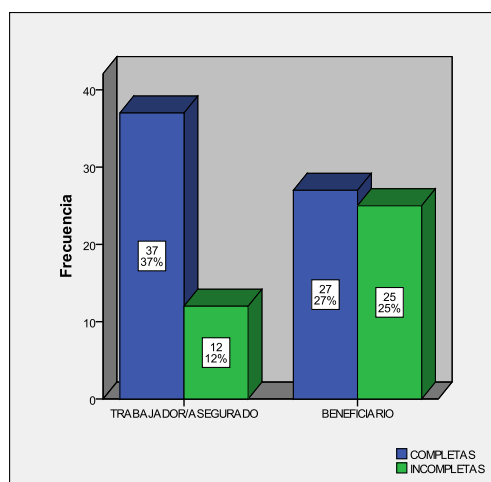
Gráfica 13. Percepción del derechohabiente respecto al trato que recibe del personal de enfermería.



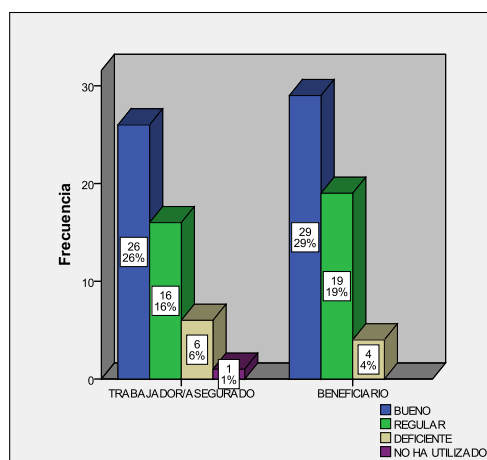
Gráfica 14. Percepción del derechohabiente respecto al trato que recibe de la asistente médico.



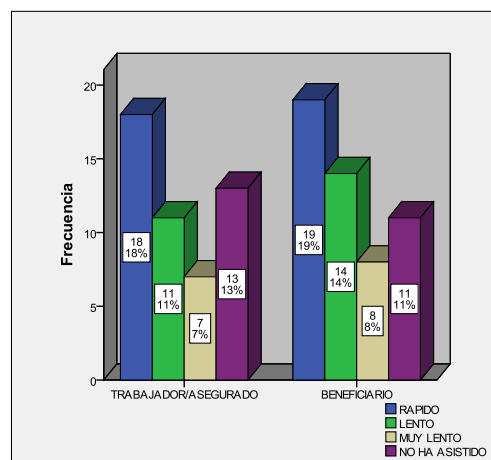
Gráfica 15. Percepción del derechohabiente del trato que recibe el personal de farmacia de la UMF15.



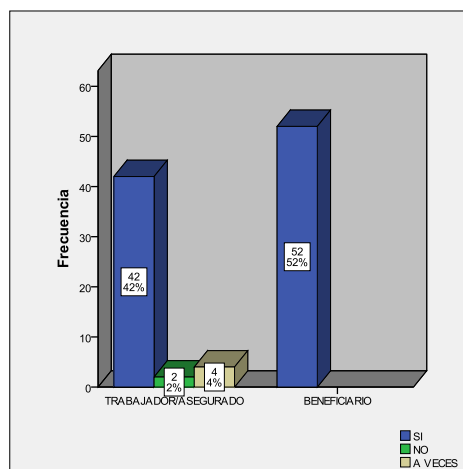
Gráfica 16. Experiencia del derechohabiente al surtir recetas médicas en la farmacia de la UMF15.



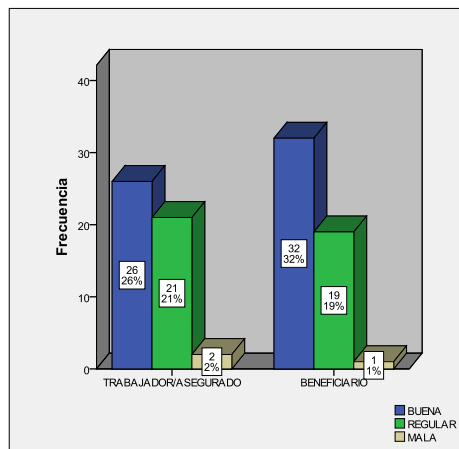
Gráfica 17. Percepción del derechohabiente respecto al trato que le ofrece el personal administrativo.



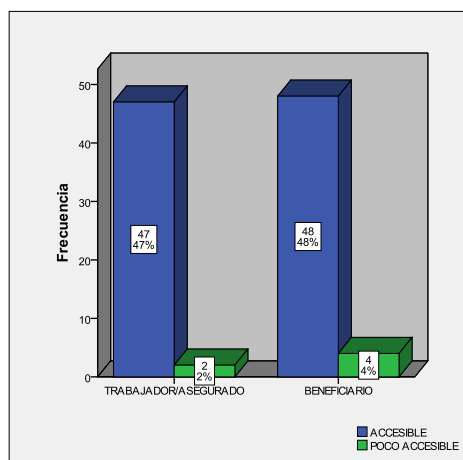
Gráfica 18. Experiencia del derechohabiente al realizar trámites en el área de especialidades.



Gráfica 19. Opinión del derechohabiente en dar prioridad a personas de la 3a. Edad.



Gráfica 20. Experiencia del derechohabiente al asistir a la UMF15.



Gráfica 21. Opinión del derechohabiente sobre la ubicación de la UMF15

6. RESULTADOS

En primera instancia se muestran algunos aspectos socioeconómicos respecto a los diferentes derechohabientes que fueron encuestados para conocer sus opiniones respecto a la percepción que tienen sobre el serviespacio o instalaciones; el personal médico; de enfermería y administrativo, así como de algunos servicios en general de la Unidad de Medicina Familiar 15 ubicada en la ciudad de Moreleón, Guanajuato fue:

La mayoría de los derechohabientes fue el 63% del sexo femenino mientras que un 37 % del sexo masculino y en cuanto a derechohabientes Asegurados es un 20% sexo masculino y un 29% sexo femenino y en cuanto a Beneficiarios fue el 43% de sexo femenino mientras que un 9% del sexo masculino.

Referente al nivel de escolaridad del derechohabiente femenino el 39% tienen nivel básico y nivel universitario solo un 19%; mientras que en el sexo masculino contó con un 19% de nivel básico y un 14% nivel universitario.

La opinión de los derechohabientes respecto del serviespacio o instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 15 fue el 46% las visualiza como buenas y el 54% entre regulares y deficientes. Respecto a la fachada del edificio el 63% opina que es agradable; el 24% observa que esta poco agradable y desagradable y para el 13% restante es imperceptible. Respecto a la opinión del derechohabiente en cuanto al serviespacio de urgencias únicamente el 32% establece que son buenas y el 62% comentan que son de regular a deficientes y el resto no ha acudido. Asimismo opinan que el mobiliario en general del serviespacio de la UMF15 el 60% lo considera funcional y el 40% de poco a nada funcional.

En cuanto a la percepción que tiene el derechohabiente del personal del área de Rayos X se tiene que el 60% lo considera eficiente y un 21% lo percibe como poco eficiente o deficiente y resto 19% no ha utilizado esos servicios. Con respecto al personal del área de

Ultrasonido el 49% lo considera eficiente; el 27% de poco eficiente a deficiente y el 26% no ha utilizado estos servicios. En cuanto al área de Electrocardiograma resultó que el derechohabiente lo considera un 45% eficiente; un 28% de regular a deficiente y un 27% no ha utilizado estos servicios. Y en este mismo rubro percibe al personal del área de Urgencias con un 53% como eficiente; un 44% de poco eficiente a deficiente y solo un 4% no ha acudido a servicios de urgencias.

En cuanto a la percepción que tiene el derechohabiente del conocimiento con que cuenta el personal médico de la UMF15 el 73% lo percibe como bueno y un 27% lo considera de regular a deficiente. Respecto a la atención que recibe por parte del personal médico el derechohabiente considera que un 70% es bueno y el 30% que es de regular a deficiente.

En cuanto a la percepción que tiene el derechohabiente del conocimiento con cuenta el personal de enfermería de la UMF15, el 65% lo percibe como bueno y un 35% lo considera de regular a deficiente. Respecto a la atención que recibe por parte del personal de enfermería el derechohabiente considera que un 65% es bueno y el 35% que es de regular a deficiente.

Ahora bien, los resultados establecen que la percepción que tiene el derechohabiente del trato que recibe de la asistente de la asistente médica de la UMF15, el 64% lo percibe como bueno y un 36% lo considera de regular a deficiente. Respecto a la atención que recibe por parte del personal de farmacia el derechohabiente considera el trato es de un 76% es bueno y un 24% que es de regular a deficiente. Asimismo, opinan que las recetas son surtidas solamente un 64% completas y un 36% incompletas.

Los resultados obtenidos con respecto al trato que recibe el derechohabiente del personal administrativo el 35% opina que es bueno; un 45% lo considera de regular a deficiente y 5% no ha utilizado este servicio.

Respecto al área de Especialidades en cuanto a la realización de trámites administrativos se tiene que el 27% lo considera rápido; el 40% lo aprecia que es lento o muy lento y el 33% no lo ha utilizado.

La opinión que emite el derechohabiente respecto a que se dé prioridad a las personas de la 3ª edad es: el 94% que sí; el 2% que no y el 4% considera que algunas veces únicamente.

La opinión vertida de los derechohabientes sobre la experiencia de venir a la Unidad de Medicina Familiar 15, la considera el 58% como buena y el 42% de regular a mala y en cuanto a la ubicación de la UMF15 el 94% la considera de accesible y sólo un 6% no.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación de tesis se cumplió el objetivo general, así como los objetivos específicos al haber analizado e identificado cada una de las variables del Modelo de Servucción en la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS, ubicada la Ciudad de Moroleón, Guanajuato. La interpretación de la información a través de dicho Modelo permitieron concluir que fue posible la identificación del serviespacio siendo la variable mediante la cual se denotó como el derechohabiente o usuario percibe las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 15 del IMSS; asimismo se asoció la variable mediante la cual el usuario o derecho percibe la eficiencia del personal de contacto/proveedores de servicio mismo que se indexan en el marco teórico de la presente tesis. Asimismo, se llega a concluir sobre la interacción de otros clientes estableciéndolos como una variable de cómo estos se vinculación con la UMF15 donde se comenta sobre la descripción sobre la Organización y algunos de los sistemas con los cuáles opera dicha Unidad. Lo cual permitió concluir y demostrar que no importando que sea un estudio con enfoque cualitativo es factible comprobar la hipótesis, ya que si fue posible dimensionar a la Unidad de Medicina Familiar 15 dentro del Modelo de Servucción diseñado para el área de servicios clínicos.

A continuación se establecen algunas conclusiones relevantes sobre la presente investigación de tesis:

Se concluye que la percepción que tiene el asegurado versus el beneficiario referente a los servicios varía relativamente, debido a que el beneficiario asiste más frecuentemente a recibir servicio médico en las instalaciones UMF15. Y la población encuestada por género está representada con 39% de nivel básico por el sector femenino y nivel universitario solo un 19%; mientras que en el sexo masculino contó con un 19% de nivel básico y un 14% nivel universitario.

Se concluye que el derechohabiente no percibe el serviespacio o instalaciones de forma satisfactoria ya que un 46% la considera bien; asimismo la fachada el 63% la considera agradable; y en relación a las instalaciones de urgencias el 32% la considera buena. Con respecto al mobiliario el 60% lo considera funcional. La ubicación de la UMF15 el 94% la considera accesible.

Por otra parte, se concluye que en cuanto al área de Rayos X, el derechohabiente percibe que su personal tiene apenas un 60% de eficiencia con relación a un 100%; al área de Ultrasonido la conceptualiza con apenas un 49% de eficiencia; al área de Electrocardiograma la cualifica con un 45% y al área de urgencias con 53% de eficiencia.

En cuanto a la percepción del derechohabiente de los conocimientos con cuenta el personal médico se concluye que el 73% lo identifica como bueno y el trato que recibe de este lo cataloga como un 70% bueno. Respecto al personal de enfermería opina el derechohabiente que el 65% es bueno y que el trato que le proporciona dicho personal un 65% es bueno.

Respecto al trato del asistente médico el 64% de los derechohabientes opina que es bueno. Referente al trato del personal de farmacia considera que el 76% es bueno y que las recetas son surtidas de forma total y completa únicamente el 64% con los medicamentos recetados.

Asimismo, se concluye que el trato que recibe del personal administrativo únicamente 35% opina que es bueno y que en cuanto al servicio administrativo o papeleo que se proporciona en el área de especialidades solamente el 27% lo considera rápido y un 73% de lento a muy lento. Finalmente, los derechohabientes opinan que la experiencia que tienen al recibir el servicio médico, administrativo y otros servicios en general son buenos apenas en un 58%.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que la Unidad de Medicina Familiar 15 considere este tipo de estudios de investigación sobre los derechohabientes y usuarios en general de los servicios que recibe

tanto del personal médico como administrativos, debido a que la cualificación que otorgan los derechohabientes son bastantes austeras ya que los porcentajes obtenidas apenas rebasan en muchos de los ítems el 50% y 60% y otros se encuentran en 40% sobre un estándar del 100%. Lo cual indica que sus servicios otorgados son percibidos bastante bajo con respecto a la calidad de los servicios que cualquier empresa desea para obtener el calificativo de ser una organización de calidad o de excelencia.

Asimismo, se recomienda que se revise periódicamente sus sistemas y procesos operativos para elevar la eficiencia de los servicios otorgados; y su top administrativo se oriente y documente con mayor interés a estudio e implementación del conocimiento del marketing de servicios.

BIBLIOGRAFÍA

Alvear, Acevedo, C. (2002). *Manual de Historia de la Cultura*. Editorial LIMUSA. México.

Arce, Constantino. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Editorial Síntesis, S.A. España.

Assael, Henry. (1999). *Comportamiento del consumidor*. Sexta Edición. International Thomson Editores, México.

Barajas, Chávez, Emerson. (2014). *El mix-marketing de servicios como elemento esencial estratégico en una empresa de espectáculo de futbol de primera división del Estado de Michoacán*. Tesis de Maestría en Administración. Facultad de Contaduría y Ciencias Administrativas. División de Estudios de Posgrado. Diciembre de 2014. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.

Barajas, Mendoza, Javier Antonio. (2005). *Metodología de la Investigación* (Material Inédito). México.

Barajas, M. J. A. (2001). *El capital intelectual en el marketing radical*. Journal Gestión Empresarial. Vol. 1. p87. FCA-UMSNH. Morelia, Michoacán. México.

Barajas, M. J. A. (1997). *Influencia de los medios de comunicación en el comportamiento del consumidor*. Revista Ciencia Empresarial. Vol. 1. FCA-UMSNH. Morelia, Michoacán. México.

Barajas, M. J. A. (2005). *Descubriendo un nuevo comportamiento de compra: Deseo Diferido*. Memorias XVI Congreso Nacional de Psicología del trabajo y XIII Congreso Iberoamericano de Recursos Humanos. Sociedad de Psicología Aplicada, A. C.. Querétaro. México.

Castañeda, Jiménez. (1996). *Métodos de Investigación II*. Editorial Mc Graw Hill. México.

Czinkota, Michael y Kotabe, Masaaki. (2001). *Administración de Mercadotecnia*. Segunda Edición. Editorial Thompson Internacional. México.

Dvoskin, Roberto. (2004). *Fundamentos del Marketing*. Ediciones Garnica. México.

Douglas K. Hoffman; Michael R.Czinkota; Peter R.Dickson, Patrick Dunne, Abbie Griffin, Michael D. Hutt,Bajali C. Krishnan,Robert F. Lusch, Ilkka A. Ronkainen, Bert Rosenblomm, Jagdish N Sheth, Terence A Shimp, Judy A.Siguaw, Penny –M. Simpson, Thomas W. Speh y Joel E. Urbany. (2007). *Principios de Marketing y sus mejores prácticas*. Tercera Edición. Editorial Thomson.

Eyssautier, Maurice. (2006). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Editorial Thomson. México.

Fernández, Pablo y Bajac, Héctor (2003). *La gestión del marketing de servicios*. Principios y aplicaciones para la actividad gerencial. Editorial Garnica. Argentina.

Ferrán, Aranaz, M. (2001). *SPSS para Windows. Análisis Estadístico*. Editorial McGraw Hill. España.

Kerin, Roger; Berkowitz, Eri; Hartley, Steven y Rudelius, William. (2003). *Marketing*. 7ª. Edición. Editorial McGraw Hill. México.

García, Córdoba, Fernando. (2004). *El Cuestionario: Recomendaciones Metodológicas para el Diseño de un Cuestionario*. Editorial LIMUSA. México.

Guiltinan J. P. & Gordon W. P. (1994). *Administración de Marketing*. Editorial Mc Graw Hill. México.

Hernández, Sampieri, R.; Fernández, Collado, C. & Baptista, Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Editorial McGraw Hill. México.

Hernández, Sampieri, R.; Fernández, Collado, C. & Baptista, Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Editorial McGraw Hill. México.

Hoffmnan, Douglas y Bateson, John. (2012). *Marketing de servicios. Conceptos, estrategias y casos*. Cuarta Edición. Editorial CENGAGE Learning. México.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2010). *Censo de Población 2010*. México.

Johnson, Robert. (1998). *Estadística*. Editorial Trillas. México.

Kinnear, Thomas y Taylor, James. (1998). *Investigación de Mercados*. Quinta Edición. Editorial McGraw Hill. México.

Kotler, Philip. (2006). *Dirección de Marketing*. Edición Milenio. Editorial Prentice Hall. México.

Kotler, Philip y Armstrong, Gary. (2013). *Fundamentos del Marketing*. Onceava Edición. Editorial Pearson. México.

Lovelock, Christopher y Wirtz, Jochen. (2009). *Administración de Servicios. Personal, tecnología y estrategia*. Sexta Edición. Editorial Pearson/Prentice Hall. México.

Lovelock, Reynoso y D'Andrea, Huete. (2005). *Administración de los Servicios estrategia de marketing, operaciones y recursos humanos*. Editorial Prentice Hall. México

Lozano, Fuentes, J. M. (2004). *Historia de la Cultura*. Segunda Edición. Editorial Publicaciones Cutlural. México.

Rivera, Márquez, Melesio. (1990). *La comprobación científica*. Editorial Trillas. México.

Namakforoosh, Mohammad, Naghi. (2002). *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Editorial LIMUSA. Grupo Noriega Editores. México.

Schiffman, Leon & Lazar, Leslie. (2005). *Comportamiento del Consumidor*. Octava Edición. 3ª. Edición. Editorial PEARSON/Prentice Hall. México.

Solomon, Michael R. (1997). *Comportamiento del consumidor*. 3ª. Edición. Editorial Prentice Hall. México.

Stanton, William, Etzel, Michael y Walker, Bruce. (2007). *Fundamentos de marketing*. Treceava Edición. Editorial McGraw Hill. México.

Weiers, Ronald. (1986). *Investigación de Mercados*. Editorial Prentice Hall. México.

Zorrilla, Arena, Santiago. (1989). *Introducción a la metodología de la investigación*. Editora y Encuadernadora RAF, S.A. México.

SITIOS WEB

Recuperado de:

http://es.wikipedia.org/wiki/Mercadotecnia_en_Internet

<http://definicion.de/marketing>

<http://www.promonegocios.net/mercadotecnia-servicios/definicion-servicios.html>