



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:  
"ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE  
SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS"**

**AUTORA:  
BQF. Luisa Nathaly Trujillo Macas.**

**Previo a la obtención del grado Académico de:  
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTORA:  
Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador  
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Bioquímica Farmacéutica Luisa Nathaly Trujillo Macas**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**,

**DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.**

**REVISORA**

---

**Ing. Yanina Bajaña Villagómez, Ph. D.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.**

**Guayaquil, a los 23 días del mes de noviembre del año 2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Luisa Nathaly Trujillo Macas**

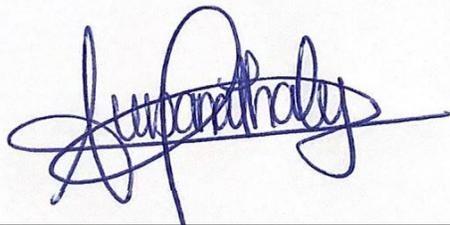
**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación **ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS** previa a la obtención del **Grado Académico de MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 23 días del mes de noviembre del año 2020**

**LA AUTORA**



---

**Luisa Nathaly Trujillo Macas**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Luisa Nathaly Trujillo Macas**

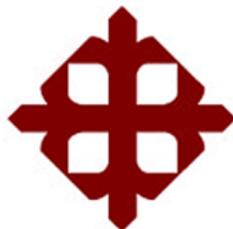
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** titulada: **ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 23 días del mes de noviembre del año 2020**

**LA AUTORA:**

---

**Luisa Nathaly Trujillo Macas**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**Informe de Urkund**

secure.orkund.com/old/view/81980925-285935-486471#DcgxDoAwDEPRu3S2UJ3QNuEqiAEhQ81gYUTcnOxP8vebridNM7OCUoODKmCNrrGbgRbtChEGCQorsIY4vSxITz...

**URKUND**

**Documento:** [ESTUDIO\\_COMPARATIVO\\_DE\\_SATISFACCION\\_AL\\_USUARIO\\_DE\\_SEGUROS\\_MEDICOS\\_PRIVADOS\\_Y\\_PUBLICOS.doc](#)  
(D85640234)

**Presentado:** 2020-11-16 22:55 (-05:00)

**Presentado por:** luisita1693@hotmail.com

**Recibido:** maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje:** RE: Informe de Contenido y Metodología [Mostrar el mensaje completo](#)  
2% de estas 53 páginas, se componen de texto presente en 9 fuentes.

**Lista de fuentes Bloques**

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	<a href="#">TESIS MA. FERNANDA KRAVAROVICH GRANADOS final.docx</a>
	<a href="#">RANGEL LOOR.doc</a>
	<a href="#">TESIS FINAL - GENESIS ISABEL MATUTE POVEDA 19102020.docx</a>
	<a href="#">Trabajo Final Andrea Martinez .docx</a>
	<a href="#">Tesis Katthe Galarza 15 ago.docx</a>

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

**100%** #1 Activo  **Archivo de registro Urkund:** Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS REAL 2020 LNTM ... **100%**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**TEMA:**  
"  
ESTUDIO  
COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS"

**AUTORA:**  
BQF. Luisa Nathaly Trujillo Macas.

Previo a la obtención del grado Académico de:

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**Tema:**  
"  
ESTUDIO  
COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS"

**AUTORA:**  
BQF. Luisa Nathaly Trujillo Macas.

## **Agradecimiento**

En la vida hay muchos retos, y uno de ellos es la superación profesional, para lo cual quiero dar gracias a Dios por permitirme culminar con éxito este proyecto y a mi familia por el soporte y fuerzas necesarias para lograr mis metas.

Agradezco a la Econ. Ma. de los Ángeles Núñez, Mgs., directora de mi proyecto de investigación quién me brindó su asesoría, paciencia y oportunas apreciaciones, durante el desarrollo del presente trabajo.

**Luisa Nathaly Trujillo Macas**

## **Dedicatoria**

A mis padres, por inculcarme principios y valores, de los cuales estoy orgullosa y jamás desistiré.

**Luisa Nathaly Trujillo Macas**

## Índice general

Introducción .....	1
Antecedentes .....	4
Planteamiento de la Investigación.....	7
Formulación del problema .....	9
Justificación.....	10
Preguntas de la investigación .....	12
Objetivos .....	13
Objetivo general .....	13
Objetivos específicos.....	13
Propósito .....	14
Capítulo I.....	15
Marco Teórico .....	15
Teorías de la Calidad .....	15
Teorías de la Satisfacción .....	17
Modelo SERVPERF .....	28
Modelo de calidad de servicio .....	29
Marco Conceptual .....	30
Satisfacción al usuario .....	30
Usuario de salud.....	32
Calidad de servicio.....	33

Calidad de salud.....	33
Calidad de servicio de salud .....	34
Aseguradora.....	35
Asegurado .....	36
Contrato .....	36
Cobertura .....	37
Tipo de cobertura.....	37
Prima.....	38
Seguros médicos .....	38
Seguridad social.....	40
Marco Legal.....	41
Constitución de la República del Ecuador.....	41
Ley Orgánica de la Salud.....	42
Ley General Seguros del Ecuador .....	42
Capítulo II .....	45
Marco Referencial .....	45
Estudios a nivel internacional .....	45
Estudios a nivel nacional .....	56
Seguros médicos en Ecuador .....	61
Seguridad social en Ecuador.....	64
Capítulo III.....	67
Marco Metodológico .....	67

Tipo y diseño de investigación .....	67
Enfoque de la investigación.....	70
Variables de la investigación .....	70
Universo.....	71
Instrumentación de investigación .....	71
Entrevistas.....	72
Herramientas y técnicas de análisis de datos .....	72
Análisis de los Resultados .....	74
Capítulo IV .....	86
Propuesta .....	86
Tema .....	86
Objetivos.....	86
Justificación .....	87
Desarrollo.....	88
Impacto social.....	101
Conclusiones .....	102
Recomendaciones.....	105
Referencias.....	107
Apéndices .....	120
ENTREVISTA A. (PRIVADOS).....	120
ENTREVISTA B. (PÚBLICOS).....	122

## Índice de tablas

Tabla 1. Información General .....	75
Tabla 2. Plan de Actividades (2020).....	94
Tabla 3. Análisis de costos referenciales (2020).....	97
Tabla 4. Fundamentación Legal.....	98

## Índice de figuras

Figura 1. Ranking de Aseguradoras Líderes en Medicina Prepagada 2019 .....	64
Figura 2. Red Hospitalaria del Seguro Social. Tomado de Diario El Comercio .....	66

## Resumen

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad comparar la satisfacción que presentan los usuarios de seguros médicos privados y públicos, de la ciudad de Guayaquil. Este estudio tuvo enfoque cualitativo, método exploratorio y alcance analítico, cuya técnica de recolección de datos, se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas a 30 personas, de las cuales: 15 personas corresponden al seguro médico privado y las otras 15 personas pertenecen al seguro médico público; se realizó 8 preguntas en base a cinco dimensiones del modelo SERVPERF, un modelo de medición; como resultados se obtuvieron que los seguros médicos se encuentran marcados por diferencias notables, en las siguientes dimensiones tales como: confiabilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, las cuales inciden notablemente, en la decisión del usuario para contratar un seguro médico. Se desarrolló como propuesta diseñar un plan de estrategias para mejorar la satisfacción de los servicios que brindan los seguros.

**Palabras claves:** Seguros médicos, SERVPERF, cualitativo, dimensiones, satisfacción y usuario

### **Abstract**

The purpose of this research project is to compare the satisfaction presented by users of private and public health insurance in the city of Guayaquil. This study had a qualitative approach, exploratory method and analytical scope, whose data collection technique was carried out through semi-structured interviews with 30 people, of which: 15 people correspond to private health insurance and the other 15 people belong to the public health insurance; 8 questions were asked based on five dimensions of the SERVPERF model, a measurement model; As a result, it was obtained that medical insurance is marked by notable differences, in the following dimensions such as: reliability, tangible elements, response capacity, security and empathy, which significantly affect the user's decision to contract medical insurance . A proposal was developed to design a strategy plan to improve satisfaction with the services provided by insurance.

**Key Words:** Health insurance, SERVPERF, qualitative, dimensions, satisfaction and user.

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como un estado íntegro de bienestar físico, mental y social del individuo, y no solamente si existe o no enfermedad como comúnmente se lo relaciona (OMS 2020). La salud es un tema prioritario en la sociedad y los seguros médicos públicos y privados permiten satisfacer la necesidad de tener acceso a distintos tipos de cobertura de seguros que permiten financiar gastos médicos. Estos seguros pueden ser impuestos al trabajador bajo relación de dependencia o por decisión voluntaria a través del pago de una prima (Kagan 2019). En poblaciones en vías de desarrollo las empresas de seguros tienen un amplio campo de acción. En Ecuador a pesar de la desaceleración económica las empresas de medicina prepagada han aumentado sus ingresos en el año 2017, entre las que tienen mayores ingresos son Humana con el 58% y Best Doctors 57.8% (Superintendencia de Compañías Valores y Seguros 2018).

Por otro lado, gracias a la globalización y la tecnología los usuarios tienen acceso a información actualizada en medios digitales y redes sociales, lo cual genera grandes expectativas de lo que quieren adquirir como son: beneficios, garantías y compromiso de la empresa que sea escogida para acceder a un seguro médico, lo que provoca que las empresas busquen ser competitivas y eficientes (Anabila, Kumi, and Anome 2019).

El seguro de salud es un instrumento mediante el cual la compañía aseguradora se compromete a cubrir gastos en salud del asegurado a cambio del pago de una prima. Los gastos pueden ser ambulatorios, de emergencia u hospitalización,

médicos, clínicos y farmacéuticos, que surgen por situaciones como accidentes, enfermedades, lesiones o por atención directa del asegurado (Mazuelos 2015). Los seguros médicos pueden ser privados o públicos, el privado se lo realiza mediante un contrato (Mansilla 2017) o plan establecido de acuerdo al tipo de cobertura que se requiera, para los cuales existen varias tarifas (Duckett and Nemet 2019). El público se desempeña con financiación de aportaciones de los ciudadanos que se encuentran en relación de dependencia con una institución o empresa, en la cual la afiliación es obligatoria y también existe la opción de la afiliación voluntaria para lo cual se aporta mensualmente una cantidad establecida. Este tipo de seguro proporciona beneficios médicos, asistencia por maternidad, pruebas de laboratorio, medicamentos y servicios de tratamientos (Cevallos 2014).

En los últimos años las empresas de seguros se enfrentan a altas exigencias de usuarios cada vez con mayores conocimientos de las ofertas del mercado. Por lo cual el presente estudio comparativo tiene como finalidad comprender la satisfacción de los usuarios entre los seguros médicos públicos y privados de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, a través del modelo SERVPEF. Adicionalmente, este estudio permite conocer los beneficios, accesibilidad, cobertura y comprender sobre las condiciones preexistentes que conlleva un seguro médico (Jaráiz., Lagares., and Pereira. 2013).

Este estudio se desarrolla en cuatro capítulos, en el primer capítulo se expone una revisión teórica y conceptual, relacionada al tema de investigación, destacándose las teorías de satisfacción y calidad de Day, Deming y Tse - Wilton. El segundo

capítulo abarca estudios similares a nivel nacional e internacional que respaldan el interés y la importancia de esta investigación. El tercer capítulo desarrolla la metodología, el enfoque, la determinación de la población y muestra, así como las herramientas de recolección de datos. Finalmente, en el cuarto capítulo se presenta una propuesta que permita mejorar la satisfacción de los servicios que otorga los seguros médicos a los usuarios.

## **Antecedentes**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), es una institución pública que surgió en 1928, en el gobierno del Dr. Isidro Ayora mediante Decreto Ejecutivo N°18, publicado en el Registro Oficial N°590. En el año de 1988, la Asamblea Nacional reforma la Constitución, estableciendo al IESS como institución única y responsable de hacer aplicar el Seguro Universal obligatorio. Posteriormente en el año 2001 se publica la Ley de Seguridad Social, la que regula y hace cumplir la obligatoriedad del seguro. Es una entidad cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, equidad y eficiencia, sobre todo de aplicar el Sistema de Seguro General Obligatorio. Una institución autónoma y con recursos propios diferentes a los del Fisco (Díaz and Mera 2017).

El seguro médico privado es un prestador clave en la economía de los países y se ha enfrentado a altos y bajos en su crecimiento, teniendo en cuenta que ha sido expuesto a modificaciones en la Ley, recesiones económicas e inclusive cambios políticos. Cabe mencionar algunos cambios relevantes han sucedido en el país, en el año 2015 se reforma la Ley de Seguros del nuevo Código Orgánico Monetario y Financiero, publicado en el Suplemento de Registro Oficial N° 309, en la que se establece que dicha entidad se encargará de la regulación y control de las Compañías de Seguros es la Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros (Camino et al. 2019). En el año 2017 el PIB creció un 3% lo que evidenció un crecimiento en la economía ecuatoriana, por consiguiente, el sector asegurador fue el favorecido en sus actividades financieras, aunque sea leve el crecimiento llevó a un levantamiento a

pesar de la caída en los anteriores años (Superintendencia de Compañías Valores y Seguros 2018).

Los prestadores externos son los centros, unidades médicas y profesionales de la salud que brinden atención integral y formen parte de la Red Complementaria de Salud, en los diferentes niveles de complejidad a través de un convenio marco y no requerirán de certificación de disponibilidad presupuestaria previa debido a que se cancela individualmente las prestaciones brindadas, esto es válido siempre y cuando su permiso de funcionamiento se encuentre vigente. El pago de las prestaciones de los servicios de salud, se lo realiza mediante un tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Adicionalmente cuando algún paciente requiera atención de emergencia debido a que la RPIS se encuentre saturada, se lo debe atender de forma inmediata mediante derivación del paciente al prestador. En cuanto a las obligaciones del prestador son: Negar atención, no realizar cobros adicionales al paciente y brindar tratamiento al afiliado sin discriminación alguna (Moncayo 2016).

En el Ecuador el salario básico unificado es de \$400 dólares y el 15% de los afiliados al IESS ganan este salario (Banco Central), por lo que contratar un seguro de salud, está fuera de las posibilidades económicas de muchas familias al no poder pagar los precios de las primas que conlleva un seguro porque tienen necesidades básicas como la alimentación, educación, entre otros (Ramos 2019). Es así, que el seguro privado, todavía no es una prioridad en el país porque existe desconocimiento de los beneficios y falta de cultura de prevención (Yáñez and Saríh 2019).

Tomar la decisión respecto a que seguro médico es el adecuado, es un

dilema para los usuarios puesto que, al existir amplia gama de oferta de planes, se debe hacer un análisis minucioso de las ventajas de cada plan y que cantidad del presupuesto personal o familiar se puede destinar a este rubro (Skinner, Baicker, and Shepard 2019).

Las empresas aseguradoras trabajan por atraer usuarios, ampliando sus ofertas de planes para así mejorar sus ganancias y lo más importante satisfacer las necesidades del cliente, a través de la opinión del mismo, desarrollando proyectos de áreas especializadas en recibir quejas, reclamos o sugerencias, para así en lo posterior evaluar las áreas de la organización, creando estrategias para mejorar el servicio. Estas áreas han sido exitosas y primordiales, que hay empresas que prestan ese tipo de servicio, con talento humano especializado expertos en brindar oportunidades de mejora y estrategias, brindando la mejor experiencia de servicio y atención a las necesidades (Silva 2017)

## **Planteamiento de la Investigación**

La Constitución del año 1998 reconoce y garantiza en el Artículo 23 hace referencia el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, mientras en la nueva Constitución en el artículo 32 especifica la Salud es un derecho, garantizado por el Estado a través de políticas públicas (Asamblea Nacional Constituyente 2008). Se estableció dicho derecho como garante mediante la formulación de políticas, planes y programas orientados a brindar servicios de promoción, atención y prevención de salud, por lo que el Estado consideró necesario iniciar un proceso de reforma. Lo cual ha permitido que se fortalezca cierta parte del Sistema de Salud sin embargo aún hay problemas que se han ido arrastrando gobierno tras gobierno. Uno de los principales inconvenientes es que no existe un óptimo modelo de financiamiento de fondos para el sistema público, lo que no permite ser eficiente en el gasto de salud y dificulta garantizar una completa atención (Espinosa et al. 2017).

Esta reforma de la constitución referente a la Salud demostró que Ecuador sigue estancado en cuanto a desarrollo porque casi nunca se puede cumplir con los objetivos planteados debido a situaciones externas como son políticas, económicas, sociales, entre otras. Por lo tanto, crea necesidades, dudas e inquietudes a la población de porque sería buena opción obtener un seguro médico (Hidalgo 2017). A partir de esta necesidad se requiere conocer si los seguros médicos públicos y privados están satisfaciendo las expectativas de los usuarios del cantón Guayaquil de la provincia del Guayas por consiguiente se considera importante esta investigación.

En Ecuador la contratación de un seguro médico privado, no es preferencia para las personas puesto que prefieren asumir sus propios riesgos y gastos, utilizar o no el seguro médico público, debido a tarifas altas estandarizadas por el Gobierno, situación de las preexistencias, irregularidad en sus procesos, atención deficiente, entre otras situaciones (Gómez and Martínez 2018).

Los seguros de salud aún no son vistos como inversión a pesar de que las empresas han intentado de varias maneras atraer socios, a través de contratos corporativos, promociones, etc. También se debe al desconocimiento de las personas con respecto a los seguros, refiriéndose a la baja cultura de la población en prevención de la Salud, haciéndolo un mercado poco desarrollado (Samaniego 2018).

El Estado maneja recursos del seguro médico público, el cual presenta dificultades con sus afiliados, en cuanto a la atención, compra-adquisición de medicamentos, cambio en tasas de aportación, prolongación de citas agendadas, todo esto a causa de existe falencias en la administración pública. Existen dos tipos de beneficiarios, los que pertenecen a una “afiliación voluntaria obligatoria” que son los trabajadores en relación a dependencia y los que se afilian voluntariamente (Suárez and Sacoto 2017). Estos seguros médicos públicos como privados no están satisfaciendo las expectativas de los grupos de asegurados por consiguiente provocan anulaciones del contrato o no renovar contrato en el caso del privado y dejar de aportar voluntariamente en lo público. Los temas de conflicto presentes en estas casas aseguradoras son las preexistencias, redes médicas, precios, instancias de quejas, tipos de seguros, uniformidad de procesos. Esto crea la necesidad de llevar a

cabo un estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos (Matabay, Salazar, and Valdiviezo 2014).

### **Formulación del problema**

El problema de este estudio se sintetiza en la siguiente pregunta:

¿Cuál es la diferencia de la satisfacción que presentan los usuarios de seguros médicos privados o públicos?

## **Justificación**

El Plan Nacional de Desarrollo es la excelencia en los servicios de salud. En el objetivo uno se menciona que se debe garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, por lo tanto el Estado es el encargado principal de proporcionar a los ciudadanos las mismas oportunidades, con respecto a la salud y que deben de efectuarse durante todo el ciclo de vida de las personas, además cuenta con el derecho a una atención prioritaria de salud, en la cual se prioriza la atención a niños, adultos mayores, entre otros (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017).

El proyecto de investigación se enfoca en establecimientos de salud y empresas que ofrecen servicios de salud al usuario en el país. Estas presentan una diferencia notable con respecto a las empresas normales que ofrecen productos físicos los cuales pueden ser valorados al instante incluso antes de la adquisición, mientras en este caso los servicios de salud, se debe esperar a recibirlos para ser juzgados, motivo por el cual existen varias razones por lo que se decidió realizar un estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos, con la finalidad de tener un claro panorama de los pros y contras al adquirir un tipo de seguro médico. Las empresas en su mayoría, tienen un propósito, el de resolver los problemas de salud a cambio de salvaguardar el valor de la inversión de la prima de cada usuario, asumiendo ese riesgo siendo pública o privada de dicha empresa

Los seguros médicos cumplen una actividad de servicio de asistencia médica a sus usuarios mediante un contrato en que las dos partes llegan a un acuerdo para

recibir beneficios ya sea público o privado (Matabay et al. 2014). Los servicios médicos que ofrecen estos seguros permiten restaurar la salud individual, prevenir el desarrollo de enfermedades posteriores, sobre todo proteger y mejorar el estado de salud en general (Arrieta 2016), recordando que la cobertura depende de condiciones pre existentes que pueda tener el individuo antes de obtener el seguro de salud, garantizando que el seguro sea accesible y asequible, sin embargo los precios están sobre lo normal, por lo que la asistencia privada está obligado a demostrar buenos servicios médicos para así atraer buen número de población y es ahí donde el sector público empieza a buscar opciones financieras para asegurar a su población gestionando planes para su correcta atención (Gupta and Tripathi 2016).

La satisfacción del usuario, en el área de la salud tiene un enfoque puntual sobre la valoración del desempeño de una empresa proveedora de salud, con el fin de medir la percepción de satisfacción del usuario (Meléndez 2019). En este caso se refiere al tipo de servicio que recibe en un establecimiento de salud, el cual constituye una parte fundamental al ser una institución prestadora de Servicios de Salud, en que se ve directamente evidenciado en su experiencia y conocimiento científico que ofrezca su equipo humano, el cual debe ser altamente calificado. De igual manera sus procesos y demás servicios, deben estar en un constante mejoramiento con infraestructuras modernas, tecnología de punta, control en los procesos con el fin de garantizar atención eficaz y eficiente a los afiliados contribuyendo así a su buen vivir (Nañez 2018). Adicionalmente al conocer la comparación de los tipos de seguros médicos, permite comprender los desafíos que se enfrentan estas empresas a diario siendo

públicas o privadas, en captar clientes para sus seguros de salud donde prevalece el financiamiento, gestión y mejora continua, como principales motivos para su administración, que en lo posterior significará una alta o baja demanda de sus servicios, conduciendo directamente a la confirmación de que si se cumplió o no, con las expectativas del usuario.

Este proyecto de investigación identifica el grado de satisfacción de los clientes que acuden a este tipo de instituciones, permitiendo determinar las principales falencias de cada uno para así implementar estrategias que logren alcanzar la calidad deseada y así brindar un servicio óptimo a través de la opinión del usuario externo que son los clientes. Los resultados del estudio contribuirán a mejorar la satisfacción de los usuarios con respecto a los seguros médicos privados y públicos, respetando los requerimientos del mismo puesto a que pagan por el servicio médico. El presente estudio corresponde a la línea de investigación de la maestría en Gerencia en servicios de la Salud, *estudio comparativo de los seguros de salud*.

Además, este estudio será referencia para futuras investigaciones, debido a que en el país de Ecuador no existe suficiente información sobre estudios comparativos de temas con mucha exposición mediática en medios de comunicación por temor a represalias.

### **Preguntas de la investigación**

La información sobre la calidad de atención de salud que perciben los usuarios es insuficiente, de tal forma que es difícil tomar acciones frente a la problemática, por consiguiente, se obtiene las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la fundamentación teórica del estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos?
- ¿Qué trabajos similares se han investigado a nivel nacional e internacional relacionado al estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos?
- ¿Qué metodología apropiada se va aplicar para investigar la satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos?
- ¿Cuál es la propuesta para mejorar la satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Comparar la satisfacción que presentan los usuarios de seguros médicos privados y públicos, de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, a través de un modelo de medición validado con el fin de mejorar la satisfacción de los servicios que otorga los seguros médicos a los usuarios.

### **Objetivos específicos**

- Realizar una revisión del marco teórico sobre la satisfacción a los clientes de seguros médicos privados y públicos.
- Revisar investigaciones similares realizadas a nivel nacional e internacional acerca de la satisfacción de los clientes de seguros médicos privados y públicos.

- Emplear el modelo de medición para el estudio comparativo de los usuarios de los seguros médicos privados y públicos.
- Diseñar estrategias para mejorar la satisfacción de los servicios que otorga los seguros médicos a los usuarios.

**Propósito**

Existe una diferencia significativa en el grado de satisfacción de los usuarios de los seguros médicos privados y públicos.

## **Capítulo I**

El estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos privados como públicos permiten conocer la realidad de los mismos, si los servicios que ofrecen cumplen con las expectativas de los usuarios que aportan bajo relación a dependencia o pagan un precio de prima de acuerdo al contrato que dispongan, esta elección por parte de cada usuario externo revela el comportamiento a la hora de elegir la mejor opción de seguro médico, mediante encuestas se demostrará el grado de satisfacción que proyectan estos dos tipos de seguros médicos, por lo tanto en el presente capítulo se realizará una revisión de teorías como de trabajos de investigación más relevantes de la satisfacción y de la calidad.

### **Marco Teórico**

A continuación, se describen las principales teorías de calidad y de satisfacción, que aportan un enfoque teórico, al presente trabajo de investigación.

#### **Teorías de la Calidad**

Edwards Deming en (1986), un estadístico y profesor universitario estadounidense, autor y difusor del concepto de calidad, cuyos trabajos introdujeron los nuevos principios de la gestión de calidad en la industria japonesa y revolucionaron su productividad. Realizó varios aportes como el Ciclo Deming, Planificar, hacer, revisar y actuar (PHVA) y los catorce puntos de Deming que

permiten lograr productividad y competitividad en las empresas. Su teoría confirma que el usuario cuando adquiere un servicio o producto y lo recibe con calidad, esto conlleva a que sienta satisfacción y regrese el usuario (Deming 1986). Se menciona que Deming afirma que para alcanzar esto es necesario la participación de los empleados en los procesos de toma de decisiones, permitiendo descubrir mejoras en los servicios o productos, reducir incertidumbre y variabilidad en procesos, mayor calidad en la productividad y una administración responsable (Mogollón 2019).

La calidad es un grado de uniformidad y fiabilidad de acuerdo a los requerimientos del usuario, mientras mayor productividad disminuye la variabilidad, por lo que el control de calidad es imprescindible, a través de este se puede obtener excelentes resultados, enfocándose en la satisfacción y el bienestar del usuario. Además, Deming también sostiene que reducir costos en productos o servicios disminuye la calidad y el buen servicio (Mamani 2018). Este tipo de calidad ayuda a distinguir dos tipos de usuarios, el usuario interno, el que se encuentra relacionado cercanamente con la empresa y los empleados, significando que cada servicio en algún momento llega a ser usuario e inclusive proveedor de un servicio, es por eso cuando los individuos piden un servicio están solicitando apoyo. El usuario externo, es netamente el consumidor o comprador del servicio o producto, son ajenos a la empresa y le dan sostenibilidad a la misma (Jaramillo 2019).

Finalmente, Deming menciona que se debe considerar tres elementos básicos como son: usuarios, servicio y proceso. Del cual los usuarios son los que se benefician

del servicio o productos de la empresa, con respecto al servicio, es una agrupación de actividades intangibles como son las actitudes y capacidades del empleado frente al usuario, las cuales deben ser satisfacer las expectativas del usuario y por último el proceso, conjunto de actividades que, mediante recursos humanos y equipos, se obtiene el servicio o producto (Deming 1986).

Joseph Juran en (1990), ingeniero y consultor empresarial, revolucionó la administración y gestión empresarial, menciona que la calidad es el resultado de las necesidades de los clientes, satisfaciendo las expectativas de los mismos (Juran 1990). Juran junto a Deming son las mayores influencias en el tema de Calidad y desarrollaron un sistema integro sobre la gestión de calidad, cuyo enfoque era permitir que los empleados sean partícipes en la mejora continua tanto del servicio o producto y esto se logra a través de la trilogía de la gestión de procesos, en la cual está la planificación, control y mejora de calidad. La planificación de calidad establece las necesidades y desarrolla los servicios o productos para la satisfacción mediante óptimos procesos. El control de calidad evalúa el comportamiento real, compara los resultados con objetivos planteados y ejecuta acciones correctivas si fuera el caso. Y la mejora de calidad establece la infraestructura de la calidad, crea proyectos de mejora continua, implementa equipos de personas y provee motivación para su cumplimiento.

### **Teorías de la Satisfacción**

Abraham Maslow en (1943), un psicólogo norteamericano, creó una teoría sobre

la motivación humana, que más adelante amplió, en el que diseñó una pirámide jerárquica, clasificándolo en cinco necesidades que tiene el ser humano, esta jerarquía la estableció en orden ascendente de acuerdo a la importancia de la supervivencia y capacidad de satisfacer sus necesidades (Bouzenita and Boulanouar 2016). Esta jerarquía de necesidades humanas sucede a medida que se satisface las necesidades básicas se desarrollan los deseos que motivan al individuo a realizar actividades para cumplirlas. Esto permite entender los mecanismos prioritarios que el ser humano usa cuando toman decisiones para actuar (Allen, Muñoz, and Ortúzar 2019).

Esta motivación es considerada por varios investigadores como el factor más importante para influir en el éxito individual y organizacional. La jerarquía de necesidades de Maslow se presenta como la teoría más popular y eficiente para comprender e influir en los individuos. Como consecuencia de esto la motivación del ser humano es dependiente sobre la satisfacción de las necesidades (Fallatah et al. 2017). Esta teoría propone *La jerarquía de las necesidades*, logra entender las necesidades de los usuarios a detalle e incluso lo que aspiran satisfacer en un futuro.

La pirámide jerárquica se clasifica en cinco necesidades, con el propósito de explicar que las necesidades superiores son las que ocupan la atención solo cuando se ha satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide, por consiguiente estas son las necesidades: en el primer escalón está las necesidades básicas o fisiológicas las que se relacionan a la supervivencia, se refieren a la salud, sirven para mantener la

supervivencia, dentro de las cuales son la respiración, beber agua, alimentación, dormir, descanso, sexo, mantener el equilibrio del pH, temperatura corporal, eliminar desechos, cuando estas necesidades ya son satisfechas cesan en su función activa como determinante de la conducta, permanecen como una fracción potencial en el individuo, por lo que indican la satisfacción del individuo, pueden llegar a dominar el organismo cada vez que sea necesario y lo requiera, por lo que este tipo de satisfacción es de manera cíclica.

En el segundo escalón están las necesidades de seguridad y protección, si bien las necesidades fisiológicas son compensadas, por lo tanto, surgen otro tipo de necesidades de sentirse protegido y seguro, en las cuales están: auto conservación, protección, seguridad física, seguridad moral, orden, ley, límites, estabilidad laboral, de recursos económicos, salud y de propiedad privada.

Estas dominan completamente el organismo al movilizar todas las capacidades del organismo en búsqueda de seguridad. Hoy en día esta necesidad nos satisface en cierta manera ya que existen situaciones que están bajo control y otras no, por circunstancias externas. Esta necesidad es imperante porque los individuos desean este tipo de necesidad que pueden convertirse en una amenaza y caos, perjudicando a la persona.

En el tercer escalón están las necesidades sociales de amor y pertenencia, están relacionadas con el desarrollo afectivo de la persona, incluyendo la amistad, afecto e intimidad sexual. El individuo por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser

parte de una comunidad, reunirse con la familia y amigos, por lo que la amistad, compañerismo, afecto y amor, son necesidades orientadas de manera social, que se concentran en las relaciones interpersonales y de interacción social. Estas necesidades emergen y el ciclo antes mencionado se repite nuevamente, reside en dar y recibir afecto. Cuando estas necesidades están insatisfechas el individuo sentirá una profunda ausencia de afecto familiar, de amigos o de compañerismo, por lo que persona anhelará relacionarse y se esforzará hasta alcanzarlo sin importar otras necesidades básicas que requiera. Esta se puede convertir en una frustración si no encuentra en equilibrio, provocando un caos interno, llegando a casos más complejos como es una patología, de modo que el individuo debe aprender a manejar estas necesidades, mantenerlas bajo control para que pueda vivir en completa armonía con los demás.

En el cuarto escalón se encuentra la necesidad del reconocimiento y de autoestima, esta se encuentra latente en la sociedad porque tienen la necesidad de sentirse respetados y reconocidos, esta necesidad la conforma la confianza, autorreconocimiento, respeto y éxito. Para lo cual Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja. La primera estima alta, están los deseos de fortaleza, respeto propio, logro, autodominio, competencia, autoconfianza, independencia, y libertad. Y la segunda estima alta, concierne a los deseos de reputación y prestigio, como es el respeto de las demás personas, estatus, necesidad de atención, reconocimiento, gloria, fama, importancia, dignidad o aprecio. Finalmente, el mencionó que estas necesidades si se veían reflejadas en los individuos era significado que existe baja autoestima y complejo de inferioridad. La autoconfianza, ser útil y

necesario en el mundo son lo que permite satisfacer la autoestima, no obstante, al sentir la frustración conlleva a presentar sentimientos de inferioridad, debilidad e incapacidad, que es la base de sentirse desaprobados por el mundo.

Finalmente, el último escalón se lo denominó necesidad de autorrealización o autoactualización, en el cual se encuentran: la moralidad, la creatividad, espontaneidad, falta de prejuicios, aceptación de hechos y la resolución de problemas. Maslow usó diversos términos para denominar esta necesidad como: motivación de crecimiento, necesidad de ser y autorrealización. Es probable que aún satisfechas las necesidades anteriores pueden surgir inquietudes y dudas, por consecuencia puede desarrollarse o no está final necesidad de autorrealización, excepto que el individuo este haciendo algo por sí mismo por ejemplo los músicos deben hacer música, los poetas deben escribir, entre otros, por lo que el ser humano debe ser su propio eje y sentir esa satisfacción, encontrando el sentido a la vida en la necesidad de satisfacción (Montalvo and Plasencia 2015).

Ralph en (1977), propuso que la *satisfacción de cliente* se basa en la evaluación del consumidor sobre los bienes y servicios que adquiere por lo tanto el sugiere una post evaluación en la adquisición del usuario, y estas evaluaciones deben ser eficaces y eficientes, comprobando la calidad percibida sobre el servicio para así finalmente conocer si se logró satisfacer al cliente a través de sus expectativas de tal manera que sus necesidades se hayan completado. El crecimiento del consumismo se ha visto en aumento en los últimos años sin embargo ha sido en manifestación debido a las quejas

presentadas por los consumidores a empresas y organizaciones, esto genera un impacto en las operaciones comerciales ya sea estatal o privado. El proceso de evaluación del servicio que adquieren llega a resultar sentimientos de satisfacción, indiferencia o insatisfacción, existe un número de investigaciones solo dirigidas en el grado de insatisfacción de consumidores a pesar de ello sobre el comportamiento de queja no hay justificación teórica. Day (1977) mencionó que deben mejorar las investigaciones sobre satisfacción/insatisfacción del consumidor y existir más sobre el comportamiento posterior a la queja del usuario, así la investigación a futuro tendría más contexto sobre los aspectos a tomar en cuenta sobre las expectativas.

Ralph considera que la medición de la satisfacción en base a expectativas se clasifica en tres categorías: (a) Expectativa acerca del desempeño del servicio, (b) expectativa sobre los costos y esfuerzo para obtener los beneficios directos sobre el servicio y (c) expectativa de aprobación social sobre la adquisición del servicio. En general, las expectativas se basan en experiencias previas, parte de estas son de aprendizaje en el cual el reconocimiento de los elementos es de importancia y solo el usuario altamente experimentado conocerá alternativas específicas del servicio. A diferencia de un usuario nuevo tendrá expectativas débiles del servicio, este confía más en la publicidad, presentación y asesoramiento de otros, pero existe una probabilidad que sus expectativas sean incompletas y menos estables que un usuario experimentado, llevando a elecciones incorrectas. Los costos monetarios presentan un efecto en la evaluación posterior a la adquisición, así como el comportamiento al momento de elección, la relación entre el precio esperado y el real, significa el efecto

de la reacción del consumidor, sin olvidar que el precio se lo interpreta como índice de calidad, significando que un precio alto crea altas expectativas y el precio bajo genera pocas expectativas de rendimiento.

El precio también puede servir como índice de importancia al momento de adquirir el servicio por el usuario, por lo que se puede esperar algunas reacciones sobre la evaluación sea más crítica cuando es económico, incluso influye en el comportamiento de búsqueda y compra de información previa a la compra del servicio. Existe un costo de oportunidad, el cual afecta las expectativas del usuario, a renunciar a la compra de otra cosa que podría haberse comprado en su lugar. Finalmente, esta teoría menciona que desarrollar un marco conceptual para el estudio de satisfacción e insatisfacción del usuario, es un gran desafío, en el cual se debe colocar la secuencia de adquisición, uso y evaluación, permitiendo relacionar expectativas previas a la compra, variables situacionales y sociales con el proceso de evaluación a lo largo del tiempo y situaciones cambiantes (Day 1997).

Westbrook y Reilly en (1983), mencionaron que el interés de comprender la satisfacción e insatisfacción del consumidor y data de hace muchos años atrás. Según la teoría de ellos, es un paradigma conceptual, en el cual los consumidores comparan las creencias previas a la adquisición de un producto o servicio, con las creencias posteriores a la compra durante el consumo de este. Mencionan que el grado en que las creencias posteriores a la adquisición no confirman a sus contrapartes si es el principal determinante de su satisfacción o insatisfacción, sin embargo, este enfoque

ha recibido cierto apoyo empírico no obstante existe un modelo alternativo del proceso que determina la satisfacción del consumidor, que es más apropiado desde un punto de vista conceptual (Westbrook and Reilly 1983).

Esta teoría presentó algunos obstáculos para el desarrollo de esta, en cuanto a la satisfacción e insatisfacción del consumidor, por lo que realizaron esfuerzos para que logre comprender el constructo, el cual sugiere que la satisfacción es una evaluación de la experiencia, pensando que el consumidor es recompensado de una manera adecuada por la compra resultando a un proceso evaluativo que conduce a estados de satisfacción e insatisfacción. Las evaluaciones más básicas son sensaciones físicas, que informan al organismo si su acción es propicia o ponen en peligro la vida. Para este fin, el proceso de evaluación consiste en estimar la relación de la acción con los valores del individuo, estos pueden ser conscientes o subconscientes, es decir los valores humanos pueden no mantenerse en la consciencia sino más bien como conocimiento, resultan las emociones, si bien hay varios tipos como: placer, siendo el resultado del logro percibido, mientras que el descontento es consecuencia de la negación percibida de los valores propios. Esta conceptualización de la satisfacción e insatisfacción del consumidor, no solo es más precisa en su diferenciación del constructo de su determinación, sino que demuestra que los casos de satisfacción pueden involucrar juicios de valor además de si las expectativas previas del producto fueron confirmadas o des confirmadas por las creencias posteriores a la adquisición o compra del bien o servicio, para dar paso a las experiencias (Westbrook and Reilly 1983). Los investigadores señalan que la evaluación de lo percibido entre expectativas

y el resultado final tras el consumo, es la respuesta del consumidor, un proceso dinámico (Rojas 2018).

Tse y Wilson proponen en (1990), la teoría sobre la satisfacción que durante siglos ha sido un componente puntual en la comprensión del comportamiento humano por varias disciplinas como en economía para indicar la efectividad del sistema de comercialización, por sociología, para reflejar el bienestar social de una población, por marketing, como objetivo corporativo, por psicología, para indicar el estado emocional de un individuo y hasta en la política, para resaltar los problemas en el mercado. En estas disciplinas, la satisfacción ha tomado varios tipos de contenidos conceptuales y operativos, sin embargo, con investigaciones realizadas se ha propuesto que es un proceso dinámico, multidimensional y subjetivo después de adquirirlo, por lo que se delineado el proceso de satisfacción: contrastando las diferentes nociones de satisfacción en diferentes disciplinas, rastrear las raíces de la satisfacción del usuario como un proceso, proponer seis dimensiones que explican el proceso, y proponer 6 dimensiones que explican el proceso de satisfacción, se las usa para interpretar investigaciones previas.

Esta teoría menciona que algunas doctrinas de políticas de marketing han conceptualizado la satisfacción como una variable objetiva. Es objetiva, en un sentido específico de que se relaciona con algunas necesidades humanas básicas, definiéndose como una variable específica que un usuario puede estar en el estado de infierno (muy insatisfecho) o de nirvana (muy satisfecho) y utilizando este tipo de punto de vista, las

políticas, leyes y reglamentos prestan poca atención a como se sienten, piensan y se comportan el usuario. Algunos economistas interpretan la satisfacción como un estado subjetivo en un nivel personal y grupal, la miden como variable de estado, esto depende del agente económico, este varía de sentirse feliz o completa infelicidad, es tomado como un indicador de imperfección de mercado que se ajustaría con el mercado competitivo. Refiriéndose al comportamiento del usuario, algunos investigadores definen la satisfacción como experiencia subjetiva, sin embargo no es evidente que lo definan como variable, hay estudios que definen como un proceso dinámico de interacciones multidimensionales entre actividades de comportamiento mental y abierto que se desarrollan después de la adquisición y la aparición es una consecuencia de una reacción de las deficiencias de entender el estado mediante la expresión del usuario y del entorno. Tse y Wilson denominan la satisfacción como un flujo de experiencias subjetivas a través del tiempo, iniciando con el nacimiento del comportamiento del consumidor como disciplina visible, con variedad de enfoques.

Considerando que la teoría se ha centrado en la visión de la satisfacción del usuario como proceso subjetivo de experiencia de consumo a través del tiempo, conociendo que sucede luego de una adquisición fuera el servicio que sea, lo cual permite capturar algunos comportamientos y actividades posteriores, demostrando que el proceso no es suficiente con medir los resultados comparando el desempeño percibido con estándares de pre consumo, porque el dilema es comprender cuál es el estado de satisfacción de usuario y saber que el consumo comienza desde la compra, su uso y finalmente llega la parte más importante, que es la experiencia, donde se

investiga al consumidor como un evaluador que analiza la información del servicio adquirido o el entorno de compras (Tse and Wilton 1990).

Evrad expresa en (1993), que la satisfacción del usuario es un estado psicológico en base a la experiencia del servicio que logran las personas al adquirirlas. Esto se debe a que la satisfacción representa la postura del usuario generando respuestas que se ve reflejado en su actitud. Además, el servicio es evaluado por cómo se ve influenciado en las emociones de los individuos, la satisfacción es un concepto complejo que se ha examinado en varias controversias en materia de psicología, filosofía e incluso marketing de servicios (Leal and Carmona 1998).

Zas, Grau & Hernández expusieron en (2005), para alcanzar la satisfacción de los usuarios de los servicios de la salud, conlleva un proceso que involucra varias tareas, las mismas que se cumplen en el tiempo y lugar correspondiente, permitiendo crear usuarios enteramente satisfechos ya que el usuario se le ofrece lo que requiere, sin embargo, al ser empresas que brindan este tipo de servicio sus empleados deben estar satisfechos ya que son gestores de lo mismo y lograr aquello resulta un conjunto complejo de intersubjetividades, ya que son pacientes diferenciándose de otros servicios.

Según Hermida (2015), por la década de los años setenta cuando iniciaba el movimiento de los consumidores, se empezó a investigar sobre la satisfacción del usuario, esto surgió a causa de la inflación dada en aquella época lo cual afectó a la zona empresarial notablemente, lo que conllevó a realizar recortes de servicios, alta

competencia y reducción de gastos, esto desencadenó a un pésimo servicio al usuario, por consiguiente urgía un cambio en el sistema de calidad y se inició estudios sobre la satisfacción del cliente. Además, define a la satisfacción como la valoración del nivel de percepción del usuario frente a un servicio o producto, como una respuesta de acuerdo a las expectativas previas (Hermida 2015).

### **Modelo SERVPERF**

En el ámbito de los servicios de la salud, los usuarios han modificado su comportamiento en relación a lo económico, social y cultural, puesto que, el sector de la salud durante los últimos años, se ha evidenciado un crecimiento exponencial ya sea social como privado. En este contexto, surgió la relevancia de estudiar, en que consiste la satisfacción del usuario, conocer sus experiencias y percepciones, que permiten medir la calidad del servicio a través de herramientas como son el SERVPERF y SERVQUAL (Matsumoto 2014).

Cronin y Taylor en (1992) proponen un modelo denominado SERVERP, el cual surge a consecuencia de las múltiples críticas al modelo SERVQUAL debido a su escala para medir expectativas, por lo cual optaron en desarrollar un modelo alternativo que se basa en valorar las percepciones de los usuarios acerca de la ejecución de los servicios (Torres and Luna 2017). Para medir se emplea 22 ítems para evaluar percepciones permitiendo así simplificar el proceso, ya que la tendencia es amplia de valorizar como altas expectativas un servicio. Además, este modelo está sustentado teóricamente por una superioridad psicométrica, presenta ventajas tales

como, requiere un corto tiempo para organizar el cuestionario de preguntas de un servicio, mejor medida de valorización que el SERVQUAL, la interpretación y análisis es sencillo de llevar puesto que se fundamenta solo en percepciones, descartando expectativas (Mantilla 2014).

El modelo SERVERP, investiga la capacidad de medición con la ayuda de una escala más precisa que la conocida SERVQUAL, fundamentada en el desempeño de la percepción del usuario, eliminando expectativas, todo esto sucede a razón de la variabilidad de interpretaciones que resultan al prestar un servicio (Vizcaino, Marín, and Barraxa 2018). El resultado de la escala de SERVPERF, es un puntaje de la calidad en general del servicio, manifestado por medio de segmentos demográficos, para lo cual se emplea 22 puntos, valorando las percepciones, ya que es el factor establecido con la finalidad de mejorar la calidad en el servicio (Tacunan 2017).

### **Modelo de calidad de servicio**

La calidad de servicio depende de diversas perspectivas para poder definir y por esta razón se han diseñado varios modelos considerando los atributos valorados en la prestación de un servicio, existiendo dos perspectivas como: Perspectiva Expectativa-Percepción y Perspectiva Objetiva-Subjetiva. La primera expectativa, existen estos modelos como: SERVQUAL y LIBQUAL, los cuales están basados en el paradigma de la desconfirmación como resultado de la discrepancia entre percepciones y expectativas, respecto al desempeño del servicio, además existen dos modelos más como son: SERVPERF y Modelo Jerárquico Multidimensional, considerando que no

se debe incluir las expectativas en la evaluación, ya que está fundamentado solo en la percepción del resultado del servicio. En cuanto a la segunda expectativa, se identifican dos puntos de vista, el externo, es la expectativa del cliente la subjetiva y el interno es la evaluación donde se considera al prestador de servicio mediante indicadores u objetivos (Torres and Vásquez 2015)

Existe cinco dimensiones para analizar modelos de la calidad percibida del servicio, como: Fiabilidad, es el cumplimiento de promesas, dar resolución a los problemas en el plazo establecido. Capacidad, se refiere cuando el personal es comunicativo, colaborador e informado para solventar sus necesidades. Seguridad, es el personal que trasmite confianza y actitud positiva de manera confiable y segura. Empatía, es la atención personalizada al usuario, demostrando preocupación, interés y comprensión ante las necesidades. Y la intangibilidad, es la capacidad de producción sin dejar nada pendiente (Duque and Parra 2015).

### **Marco Conceptual**

En el presente marco conceptual se expondrá definiciones de conceptos relevantes del presente trabajo de investigación por consiguiente logrando identificar la importancia del tema con respecto a la Salud.

### **Satisfacción al usuario**

Satisfacción del usuario es definida como la medida de la atención en salud si cumple con las expectativas del usuario, constituye una parte fundamental de los

servicios de salud, ya que el resultado se encuentra relacionado con el bienestar con respecto a la atención médica adecuada y óptima que promueve la institución, lo cual genera confianza en el usuario lo que hace que sea más participativo con el personal médico (Massip et al. 2008). Sin embargo, entre la satisfacción y el descontento, se establecen juicios de valores sobre la calidad de atención recibida por parte del usuario (Briones 2018). Es determinada por la calidad de atención que reciba el usuario, un parámetro para evaluar considerando que la actitud del individuo esta apañada por el estado emocional con respecto a las expectativas y percepciones del usuario (Picoita and Sánchez 2018).

Además, conocer las dimensiones que tiene la satisfacción permite mejorar dicha calidad, entre las cuales existen elementos tangibles como la capacidad de respuesta y seguridad, y en elementos físicos, tales como activos físicos, recursos humanos, tecnológicos y financieros.

Estos elementos ejecutados de manera correcta logran captar la necesidad del usuario por lo tanto hace más fácil entender las causas que generan satisfacción del usuario ya que al ser percibidos estos elementos se obtienen las expectativas del servicio o producto solicitado, siempre recordando que esto depende del estado de ánimo del usuario, determinando la experiencia si coincide con la expectativa generando complacencia y actitud positiva de acuerdo con el consumo. En la actualidad lograr que los usuarios sientan satisfacción con los servicios otorgados garantiza éxito y reconocimiento en el desempeño de las funciones del personal y de la empresa

consiguiendo que sea una entidad empresarial prestigiosa (Cardozo 2017).

En los establecimientos de salud la calidad percibida va de la mano con el conocimiento científico, teniendo en cuenta que los usuarios son externos, los cuales esperan que sea confiable y efectivo por profesionales de salud. Estas instituciones deben tener mecanismos de atención al usuario y un sistema eficaz de gestión de quejas y sugerencias, debido a que la voz, opinión y sugerencias del usuario son el punto central para los proveedores de salud (Fernández, Arias, and Padilla 2017). La aprobación final de la calidad de la atención que reciba el usuario significa el nivel de satisfacción que perciba, reflejando las habilidades del personal que provee dicha atención, cumpliendo con las necesidades del paciente y asegurando que el usuario se mantenga requiriendo los servicios de salud, creando un vínculo de confianza y seguridad (Benavides 2019).

### **Usuario de salud**

El usuario es toda persona que adquiera el derecho a usar un servicio de salud, recibiendo atención o en su defecto sus familiares. Es un individuo que presenta necesidades y preocupaciones cuya emoción esta enlazada a las acciones recibidas ya que el fin del servicio es curativo y no siempre sea el que busca, sin embargo, el usuario debe ser tratado de modo preferencial puesto que su nivel de satisfacción, juzga la calidad de servicios brindados. Los usuarios demuestran respuestas claras de acuerdo a los servicios prestados y fidelidad a la institución que pertenezca (Rojas 2017).

### **Calidad de servicio**

La calidad es la provisión de servicios a usuarios individuales como colectivos mediante profesionalismo con el fin de lograr captación y satisfacción del usuario. Por lo que la calidad debe cumplir con la normativa, recursos humanos y económicos, habilidades para brindar un servicio o producto, ya que la calidad de atención incluye valores socialmente definidos en lo que se debe considerar dimensiones que comprende la calidad, como: dimensión técnica, la misma que se refiere al conocimiento y tecnología que beneficie a la salud; la dimensión del servicio, esta se dirige al tipo de servicio ofrecido donde las relaciones interpersonales con el usuario son fundamentales para conocer las necesidades del mismo; la dimensión de seguridad, es el máximo beneficio alcanzado y la dimensión de costo racional, se refiere a los recursos de talento humano los cuales generan los beneficios (Garrido and Cabrera 2020).

### **Calidad de salud**

La calidad es el beneficio máximo que recibe el usuario, a través de los comportamientos de un bien o servicio, tomando en cuenta que no se puede medir dicha calidad solo con una apreciación, sino que es íntegro considerando que se lo cumple cuando el usuario está satisfecho sin embargo esto influye por la subjetividad que se encuentra ligado al nivel de exigencia del usuario dependiendo de circunstancias culturales, sociales y económicas. En salud hay dos tipos de calidad como son: la técnica y la sentida. La técnica es proporcionar el beneficio máximo a

sus usuarios y la sentida, es la subjetiva es expresada luego de haber adquirido el servicio. La calidad debe ser reflejada más allá del resultado, garantizando un servicio óptimo (Sánchez, Suárez, and & Fernández 2017).

### **Calidad de servicio de salud**

En el aspecto de salud la parte cultural y social se refiere al comportamiento, costumbres e ideología que tiene una persona, lo económico juega también una parte fundamental ya que el usuario al recibir un servicio puede o no conformarse con esperar largas horas al contrario existen personas que no aceptan servicio si no hay un ambiente cálido, eficaz y oportuno. Hoy en día los usuarios de servicios de salud son los más exigentes ya que su salud es parte de un negocio por lo cual requieren una atención eficiente, por consiguiente, la definición de calidad en cuanto a servicios de salud, es un conjunto de características técnicas, científicas, materiales y humanas, las cuales se provee a los usuarios permitiéndoles lograr lo deseado a un costo social y viable, satisfaciendo las necesidades (Rodriguez 2016). En cuanto a calidad de salud la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que es un nivel alto de excelencia profesional, uso adecuado de recursos y un alto grado de satisfacción en su salud, lo cual deja a entender que es un aspecto principal para la medición de la misma (OMS 2019).

Según Juran, la implementación de nuevos conceptos de calidad significaría competitividad en las empresas, ya que se constataba un aumento en la productividad generando ventajas en la gestión y las variabilidades se encuentran relacionadas con

la forma como fue concebida la calidad desde su diseño puesto que garantiza obtener estrategias de control y mejoramiento continuo para que así el personal labore de forma preventiva para evitar futuros errores (García, Vallejo, and Mora 2015).

El concepto de calidad en los servicios de salud se ha transformado a lo largo del tiempo, indicando que la calidad es el resultado de actitudes, comportamientos y actividades para luego ser valoradas por medio del cumplimiento de las expectativas del usuario (Owusu, Lumor, and Acheampong 2019).

### **Aseguradora**

Es una entidad jurídica legalmente autorizada a funcionar que cubre riesgos a lo que se expone los usuarios a través de la cancelación de una prima comprometiéndose a indemnizar al asegurado en casos de siniestros siempre y cuando se encuentren suscritas dentro del respectivo contrato. Esta compañía de seguros, se encarga de asegurar riesgos a terceros, principalmente desde el ámbito económico de modo que, si ocurriese una eventualidad, la compañía subsanará los daños a través de un contrato con sus cláusulas y condiciones que pacten la aseguradora y asegurado. La aseguradora debe tener una reserva para tener un alto margen de solvencia ante futuros pagos de su propia actividad económica, por eso estas compañías son consideradas importantes en el mercado financiero (Sanchez 2020).

## **Asegurado**

Es el individuo titular cuyo patrimonio o persona está expuesto a cualquier tipo de riesgo, con derechos y obligaciones que debe cumplir como este en el contrato. A través de esta protección otorgada la persona se despreocupa de los posibles perjuicios que perjudiquen la integridad a cambio de una cuota a la compañía de seguros. De esta manera el usuario recibe la compensación en el caso que su contrato lo mencione, las características del asegurado deben ser jurídicas o físicas que ejercen como titulares en contratos o pólizas de seguros. El asegurado debe cumplir con ciertos requisitos, como comunicar los siniestros, daños sufridos o cualquier otro tipo de circunstancia. Es considerado la parte endeble dentro de un contrato, puesto que existe un negocio de las primas e interés del contrato entre las partes tanto del asegurador y asegurado (Roig 2019).

## **Contrato**

Es un acuerdo comercial de voluntad bilateral y de ejecución sucesiva, en virtud del individuo asuma el pago de una prima, dentro de los límites pactados ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto, el cual incluye cobertura, indemnización para el usuario, satisfaciendo la necesidad. Los contratos poseen características como: Consensual, refiriéndose a mutuo consentimiento. Bilateral, se obligan mutuamente a dar y recibir. Aleatorio, se refiere a la ganancia o pérdida de acuerdo al contrato. Oneroso, es la utilidad para ambas partes mientras uno recibe un pago por pérdida o daño. Adhesión, se refiere a cláusulas de contrato, la cual

pide aceptación. un requisito con respecto a un pago y el tiempo de cobertura.

Finalmente, la *Duración*, se refiere al pago de las primas y el tiempo de cobertura del seguro (Lindes 2016).

## **Cobertura**

En el contrato de seguro se define a la cobertura como todos los riesgos que se compromete el asegurador cubrir dependiendo del valor acordado, lo frecuente es a mayor precio de prima mayor acceso a la cartera de servicios que ofrezca el seguro (Pincay 2019). También denominada amparo, el cual permite conocer los riesgos o posibilidades de siniestros a los cuales se encuentra un usuario protegido. Cuando se trata de cobertura en seguro de salud, este asume los gastos médicos del asegurado, a cambio de un valor y para determinar el alcance de cobertura se toma en cuenta las preexistencias antes de contratar el seguro, considerando la edad y nivel de salud de la persona protegida.

## **Tipo de cobertura**

En el seguro médico se puede otorgar tres tipos de cobertura como: *Asistencia médica*, en el cual para que el usuario pueda ser atendido y recibir servicios médicos, estos gastos son asumidos por la aseguradora. *Reembolso*, este retribuye el dinero costado al beneficiario, cuando el individuo se atiende en el hospital, centro médico o clínica de preferencia, para lo cual debe presentar a la aseguradora la factura e informe respectivo. *Indemnización*, se trata de una compensación

económica que obligatoriamente debe dar la aseguradora a causa de un siniestro (Westreicher 2018).

### **Prima**

Es el pago del valor, que la aseguradora determina en función del riesgo por la protección que brinda el contrato del seguro, el precio de la prima varía de acuerdo a los servicios a los que el asegurado accede en el contrato. Este desembolso que realiza el usuario a la compañía aseguradora puede ser en una entrega única o varias prestaciones. Existen varios tipos de prima de seguros como: *Pago único*, es un solo desembolso que el asegurado realiza antes de que el seguro entre en vigencia; *Prima periódica*, son cuotas regulares dentro de lo que dure la cobertura; *Prima fraccionada*, es una prima anual amortizada en diversas aportaciones; *Prima natural ascendente*, es un valor que se recalcula cada cierto tiempo, el mismo que se eleva progresivamente con la edad del asegurado.

### **Seguros médicos**

Según la Real Academia Española un seguro es un contrato que acuerda a través de un cobro de una prima por indemnizar por algún daño producido, satisfacer un capital o prestación acordada (RAE 2020). Un seguro representa un valor económico y comercial, que garantiza a las personas ante hechos futuros, proteger si es que ocurriera una emergencia o ciertas calamidades. Los seguros médicos cubren por enfermedades o accidentes, cubriendo costos de servicios otorgados dentro del

contrato establecido a cambio de un valor, dándole derecho a usar los beneficios detallados previamente en el contrato de seguro, esta modalidad de seguro surge de la necesidad de protección contra riesgos que este expuesto la persona (Mosquera and Vargas 2019).

Los seguros de salud otorgan beneficios a sus usuarios, mediante una compañía de seguros, que ofrece cobertura de gastos en salud para el asegurado o beneficiarios a cambio de pago de una prima, entre los gastos pueden ser médicos, clínicos, farmacéuticos, hospitalización, ambulatorios o de emergencia, los cuales deben estar especificados en el contrato. El contrato se rige por una legislación existente en el que las dos partes llegan a un acuerdo para la protección del bienestar y condiciones de salud del individuo, el que incluye los derechos y obligaciones tanto del asegurado como asegurador (Epstein 2019). Los seguros pueden ser contratados de manera diversa, tales como: individual, grupo familiar o corporativa. Los seguros médicos al ser contratado proporcionan mayor tranquilidad a los usuarios, debido a que se les da uso cuando se los necesitan de manera inmediata cuando hay un motivo, siempre y cuando se pague el precio de una prima para así acceder a la cobertura deseada, esta se puede satisfacer mediante la aseguradora o bien el usuario escoge el centro y profesionales. Las ventajas que proporcionan al usuario son por la rapidez de la atención, adaptándose a cualquier situación, la flexibilidad en cuanto a los profesionales, segundas opiniones médicas hasta la infraestructura (Jhonston et al. 2018).

La actividad económica se ve beneficiada por las aseguradoras en los países y tienen características específicas de acuerdo con la prestación de los servicios que ofrece. Estas aseguradoras administran situaciones referentes a la salud y riesgos por enfermedades, gestionan tratamientos y procedimientos siempre con previa autorización del asegurado e incluso del prestador de salud. Los seguros de salud se encuentran en la categoría de seguros personales, los mismos que tienen un plazo de carencia para así evitar que el usuario oculte enfermedades y contrate un seguro solo para solventar su tratamiento requerido, por tal razón no está activa la cobertura. Para evitar este inconveniente de forma regular se recomienda declarar las enfermedades preexistentes, factores de riesgo como fumar, presencia de enfermedades hereditarias que podrían afectar la salud.

### **Seguridad social**

La seguridad social como la protección que otorga una sociedad a individuos para proporcionar acceso a salud, seguro de desempleo, jubilación, invalidez, maternidad, accidentes laborales, la seguridad social está definida por la OIT y ONU, en la cual consta como un derecho fundamental, aunque en la realidad este beneficio lo gozan una pequeña parte de la población a nivel mundial. Un sistema establecido en aportaciones que garantizan protección de la salud, pensiones y prestaciones sociales que son financiadas mediante impuestos, que ha llegado a ser un reto a nivel mundial. En los sectores de la sociedad la seguridad social tiene una repercusión, haciendo que los trabajadores y sus familiares tengan acceso a la asistencia médica y cuenten con

protección sea por periodos cortos o largos, proporciona ingresos durante la vejez, los hijos de los afiliados se benefician de los programas. En el caso de los empleadores permite mantener las relaciones laborales estables y trabajo productivo, además, contribuye al desarrollo del país, amortiguando los efectos estructurales y tecnológicos (OIT 2017).

### **Marco Legal**

En el presente marco legal se detallará leyes, normativas y políticas que deben ser cumplidas por las compañías aseguradoras e institutos sociales del Ecuador, las cuales contribuyen a la economía y garantizan una correcta atención en servicios de salud.

### **Constitución de la República del Ecuador**

En el año 2008 la Asamblea Constituyente, presenta los siguientes artículos relacionados al sector de la salud, donde expresa:

Art. 3.- “La Constitución de la República establece como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes” (p. 16).

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se

vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (...) La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (p. 29).

### **Ley Orgánica de la Salud**

En el cumplimiento de la ley y normas que se debe cumplir en el ámbito de salud en el Ecuador ya sea público o privado con el fin de garantizar un servicio de salud de calidad, se ve ejecutada en el:

Art. 1.- “La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético” (p. 1).

### **Ley General Seguros del Ecuador**

La Ley General de Seguros regula a las compañías que permiten financiar servicios de salud y seguros médicos, establece en sus artículos 1, 3 y 25

Art. 1.- “La Ley General de Seguros regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas naturales y jurídicas que integran el sistema de seguro privado, las cuales están sujetas a la vigilancia y control de la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros” (p. 4).

Art. 3.- “Son empresas que realicen operaciones de seguros las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente Ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas. Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros con previa autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros” (p. 4).

Art. 25.- “La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros determinará las cláusulas que obligatoriamente contendrán las pólizas, así como las cláusulas prohibidas, las cuales carecerán de efectos y se tendrán por no escritas en caso de existir. Las tarifas de primas y notas técnicas requerirán autorización previa de la Superintendencia. Copias de las pólizas, tarifas y notas serán remitidas a la Superintendencia, por lo menos treinta

días antes de su utilización, para fines de verificación, control y sanción”.

La tarifa de primas se sujetará a los siguientes principios:

1. Ser el resultado de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad; o
2. Ser el resultado del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera (p. 13)

## Capítulo II

### Marco Referencial

En el marco referencial se efectuó una investigación de estudios a nivel internacional y nacional, con el propósito de tomarlos como referencia para obtener datos importantes con los cuales se puede respaldar el estudio además permite aportar con nuevos avances y contribuir a las futuras investigaciones. A continuación, se indican algunas investigaciones con respecto a la satisfacción del usuario y seguro médicos privados como públicos.

#### Estudios a nivel internacional

Dentro de los estudios más destacados del trabajo de investigación, hay un artículo científico muy relevante en cuanto a la investigación *Experiencias de proveedores de atención médica privados con planes de seguro social de salud: resultados de un estudio cualitativo en Ghana y Kenia* realizado por Sieverding, Onyango y Suchman (2018) en Kenya y Ghana – África Subsahariana de la Revista PloS one, cuyo objetivo principal describe sobre explorar las percepciones y experiencias de los proveedores privados con la participación en dos planes diferentes de seguro social de salud en África Subsahariana: el Plan de Seguro de Salud (NHIS) en Ghana y el Fondo Nacional de Seguro Hospitalario (NHIF) en Kenya. Se lo realizó mediante entrevistas a profundidad con proveedores que trabajan en 79 instalaciones de diferentes tamaños en tres regiones de Kenia (N = 52) y tres regiones de Ghana (N = 27). La mayoría de los proveedores eran miembros de una red de franquicias

sociales. Las entrevistas cubrieron las razones de los proveedores para la no inscripción en el sistema de seguro de salud, sus experiencias con el proceso de acreditación y los beneficios y desafíos con el sistema. Las entrevistas se codificaron en un sistema denominado *Atlas.ti* utilizando un enfoque de codificación abierta y se analizaron temáticamente. Cuyos resultados fueron la mayoría de los proveedores en Ghana estaban acreditados por NHIS y la acreditación percibida como esencial, a pesar de los desafíos que enfrentaron debido a largas demoras en el reembolso de reclamos. En Kenia, menos de la mitad de los proveedores estaban acreditados por NHIF y varios dijeron que su clientela no estaba inscrita en NHIF. La comprensión de cómo funcionaba el NHIF fue generalmente bajo. El largo y engorroso proceso de acreditación también surgió como una importante barrera para la participación de los proveedores en el NHIF en Kenia, pero el proceso de acreditación del NHIS no era una preocupación importante para los proveedores en Ghana. Concluyendo que para expandir el seguro social de salud es necesario coordinar esfuerzos para aumentar la cobertura entre las poblaciones desatendidas y al mismo tiempo acreditar a proveedores privados que atienden a esas poblaciones. La presión del mercado fue la fuerza clave impulsó a los proveedores a mantener la acreditación en ambos países y finalmente el desarrollo de mecanismos para involucrar a los proveedores privados como partes interesadas en los planes de seguro social de salud todo para incentivar su participación (Sieverding, Onyango, and Suchman 2018).

El artículo científico *Aprendizaje de seguros de salud entre estudiantes universitarios internacionales: un análisis cualitativo*, realizado por Adegboyega,

Nkwonta y Edward (2020) en el sureste de Estados Unidos, publicado en la *Journal of International Students*, cuyo propósito fue examinar el aprendizaje sobre seguros de salud entre un grupo de estudiantes universitarios internacionales, los cuales fueron reclutados de una universidad pública mixta del sureste de los Estados Unidos durante el semestre de otoño de 2016 para participar en entrevistas semiestructuradas. Los datos se recopilaron a través de un cuestionario demográfico, dos discusiones de grupos focales y entrevistas individuales. Las sesiones de entrevista fueron grabadas en audio, transcritas y analizadas utilizando un enfoque de análisis temático. Surgieron tres temas, que incluyen el conocimiento de las opciones de seguro de salud y la información de beneficios, la asequibilidad y las expectativas no satisfechas. Estos hallazgos muestran la necesidad de que las instituciones de educación superior desarrollen un plan para integrar a los estudiantes internacionales en la atención médica de los EE. UU. Los estudiantes internacionales son una población vulnerable; por lo tanto, aumentar el aprendizaje sobre seguros de salud es vital para hacer una elección óptima de seguro de salud, mejorar el acceso a la atención médica y usar la atención médica de manera eficiente. Además, sugiere que la investigación futura debería adaptar las intervenciones educativas para mitigar el pobre aprendizaje del seguro de salud entre estudiantes internacionales (Adegboyega, Nkwonta, and Edward 2020).

Gorji, Mousavi, Shojaei, Keshavarzi & Zare (2018), realizaron una investigación en Irán denominada *Los desafíos de la compra estratégica de servicios de salud en la Organización de Seguros de Salud de Irán: un estudio cualitativo*. fue

publicada en la Revista Electronic physician. Esta investigación se realizó para conocer como es la compra estratégica de servicios de salud es un componente clave para mejorar el desempeño del sistema de salud, y ha sido uno de los temas más importantes en la reforma del sistema de salud en todo el mundo, especialmente en Europa en la última década. El sistema de salud y el seguro de Irán, aunque a veces se considera el tema de los objetivos estratégicos de compra, no ha sido posible alcanzarlo o incluso implementarlo, debido a los problemas asociados. Cuyo objetivo fue determinar los problemas asociados de compras estratégicas en la Organización de Seguros de Salud de Irán. Se ejecutó mediante un estudio cualitativo y análisis que realizó en Irán en el año 2014 al 2015, cuyos participantes fueron 34 personas de tomadores de decisiones y ejecutivos en el proceso de compra de seguros de salud y expertos universitarios que han sido elegidos a propósito. Los hallazgos incluyeron problemas asociados a compras estratégicas de seguros de salud en 12 temas y 65 subtemas. Los temas incluyeron: Leyes y reglamentaciones para la compra, Organización de compras, Proveedores calificados y autorizados, Tipo de servicios correctos, Tipo de contratos correctos, Grupos destinatarios para la compra, Asignación de recursos, sistema de financiación y precios, Compras para mejorar el rendimiento y la calidad, Compras como conformar el mercado y la competencia, Compras como estado de salud de las personas y la sociedad, Compras guiadas y administración del gobierno, Estructura del proceso de toma de decisiones en los ministerios de salud y bienestar. Determinando que los problemas asociados en las compras estratégicas de seguros médicos en Irán, se deben a los factores del conjunto

total de aseguradoras y sistemas de salud (Gorji et al. 2018).

El artículo científico *Experiencias de los clientes y la satisfacción de utilizar los servicios de atención médica en un programa de seguros basados en la comunidad en Bangladesh*, realizado por Sarker et al (2018) en República Popular de Bangladés, publicado en la Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública de Bangladesh, cuyo propósito fue evaluar el grado de satisfacción de los clientes con respecto a los servicios de salud y plan de seguro médicos, permitiendo conocer las experiencias de los clientes. Describe el seguro de salud basado en la comunidad se reconoce como herramienta para mejorar el sistema de Salud, para mejorar el rendimiento de salud en el Estado, mejorando así la productividad. En cuanto a la experiencia y adopción de los servicios de la salud a través de la contratación de seguros médicos, estos son descritos que mejoran el sistema de salud, a lo que se refiere a las políticas, igualdad, disponibilidad y repuesta de los servicios ofrecidos, enfocándose en la satisfacción del cliente. Para lo cual se realizó una encuesta transversal de hogares, dentro de un periodo piloto, en un periodo de tiempo de abril a junio 2014, evaluando los servicios proporcionados por los seguros de salud. Un análisis descriptivo, se realizó entre dos puntos clave de grado de satisfacción, Los datos obtenidos fueron analizados mediante Alfa de Crobach, el análisis de Spearman además se usó un análisis de regresión lineal multivariante para identificar los factores asociados a la satisfacción. Con este estudio se concluyó que el nivel de satisfacción general hacia los servicios de salud es bastante favorable, sin embargo, la investigación encontró que estos hallazgos pueden contribuir al desarrollo y diseño de

paquetes de servicio de atención médica por parte de los seguros médicos y finalmente una estrategia de financiamiento de atención médica por parte del seguro social de Bangladesh (Sarker et al. 2018).

Se realizó una investigación en el Reino de Arabia Saudita por I-Hanawi, Alsharqi, Almazrou & Vaidya (2018) sobre *Financiación de la asistencia sanitaria en el Reino de Arabia Saudita: un estudio cualitativo de las actitudes en los hogares* fue publicada en la Revista Applied health economics and health policy. Es un estudio que permite conocer el sistema de salud del sector público en Arabia Saudita, esencialmente financiado por los ingresos del petróleo y como va decreciendo por que el mercado petrolero cada vez es más volátil e insostenible de mediano a largo plazo. Cuyo propósito era examinar que tan satisfechos están los sauditas con los servicios de salud en el sector público y privado, evaluando su disposición para contribuir al financiamiento del sistema a través de un esquema nacional de seguro de salud, el que permite examinar las preferencias y expectativas públicas de un futuro sistema nacional de seguro de salud. Se lo realizó mediante la participación de 36 jefes de hogar mediante entrevistas semiestructuradas, grabadas en audio cara a cara, los participantes fueron seleccionados a propósito en función de diferentes factores socioeconómicos y sociodemográficos de las zonas urbanas y rurales para representar la diversidad geográfica que presumiblemente influiría en los puntos de vista individuales, expectativas, preferencias y experiencias de atención médica. Se logró evidenciar la insatisfacción con la provisión y la calidad de los servicios de salud actuales del sector público, incluida la disponibilidad de citas, medicamentos y los

tiempos de espera. Los hogares indicaron que estaban dispuestos a contribuir a un plan de seguro nacional, condicionado a las mejoras en la calidad de los servicios de salud del sector público. Además, revelaron una variedad de preferencias y expectativas con respecto al esquema de seguro de salud nacional propuesto. Concluyendo que la mejora continua es un factor clave que motiva al pueblo saudí a financiar en el sistema de salud, asociando los sectores públicos como privados, bajo supervisión del Gobierno sería una opción aceptable para abordar el tema de las preferencias (Al-Hanawi et al. 2018).

El artículo científico *¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado?* realizado por Epstein (2018) en Granada – España de la Revista Gaceta, cuyo objetivo principal describe sobre la elección de la población por el seguro sanitario privado en España, demostrando cuales son los atributos del Sistema Sanitario más valorados, como es la capacidad de respuesta, trato recibido, confianza y seguridad por parte del personal médico. Se lo realizó mediante encuestas, recopilando información sobre opiniones y percepciones respecto al sistema sanitario, cuya muestra fue de 6000 españoles, un estudio de tipo descriptivo, en el cual se tabula la proporción de individuos que afirman la preferencia por el seguro público o privado (o ambas), cuyo cuestionario del Barómetro Sanitario recogía si el encuestado estaba satisfecho en una escala entre 1 (muy insatisfecho) y 10 (muy satisfecho). Comparando la satisfacción media de los funcionarios con seguro privado y los no funcionarios con seguro privado, incluyendo variables de control. Estos datos proceden de encuestas en los años 2004, 2009 y 2014, entre población en general y

funcionarios públicos. Cuyos resultados demostraron que el seguro público tenía una alta valoración en atributos como la tecnología, capacitación del personal asistencial, incluyendo a los que eligieron un seguro privado, no obstante, hubo variables en las cuales no fue bien valorado como son la comodidad, trato personal y rapidez de respuesta. Sin embargo, el estudio mostró que la población se preocupa por esos atributos y que influye en la decisión para contratar un seguro privado. Hubo una minoría que optó por el seguro público por los especialistas que ofrecen los mismos. Esta investigación sirvió para formular nuevas políticas sanitarias de acuerdo a sus fortalezas y debilidades sobre el desempeño del Sistema Público de Salud, el cual merece una exhaustiva investigación (Epstein 2019).

*El Estudio sobre la calidad percibida en clientes de seguros de particulares. Aplicación de la función Quality Function Deployment (QFD) realizado por Mansilla (2017), en Barcelona – España. Es una tesis de tipo Doctoral, en la cual se estudia la calidad percibida por los clientes de seguros privados, relacionando las expectativas de los consumidores con las acciones de las compañías aseguradoras. Se lo realizó mediante la función Quality Function Deployment (QFD), desarrollando un conjunto específico de elementos de calidad de servicio que componen la escala Spanish Insurance Quality (SIQUAL) para finalmente crear el Insurance Service Quality Function Deployment (ISQFD), las cuales son herramientas específicas para orientar las acciones de las compañías aseguradoras, consiguiendo 305 encuestas validadas a clientes de seguros privados así como entrevistas con 17 expertos de diferentes ámbitos del sector asegurador en el Estado español. Cuya muestra representada por las*

compañías aseguradoras, organismos públicos, docentes e investigadores personas que conozcan acerca de seguros. Se logró determinar varios resultados, como aplicar las herramientas desarrolladas con el fin de obtener un análisis real de la calidad del servicio para el sector asegurador (SIQUAL), el cual reflejó los aspectos más importantes a tener en cuenta el sector asegurador. Las compañías aseguradoras mejoraron los niveles de calidad, así como implementado estrategias, para sus resultados financieros y brindando el mejor servicio. Además, determinar los aspectos claves a mejorar por parte de las compañías aseguradoras para incrementar la calidad del servicio percibida. Concluyendo que los elementos no tangibles de calidad de servicio son los principales elementos de mejora para el sector asegurador (Mansilla 2017).

Se realizó una investigación en la ciudad de México por Arrieta (2016) sobre *Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América* fue publicada en la Revista Latinoamericana de Derecho Social. Es un estudio que comprende desde la creación histórica del Seguro Social hasta la promulgación de una Ley del Cuidado Social en Estados Unidos. Se describe el principio contributivo del aseguramiento de salud mediante el financiamiento. Se lo realizó mediante una revisión profunda acerca de estos temas como son: Seguro de salud como derecho humano básico, Principio contributivo en el aseguramiento de salud, Principio contributivo y la Ley de Cuidado de Salud Asequible, Implementación de la Ley ACA y Seguro de salud e inmigrantes indocumentados. Logró determinar el principio contributivo establece que la población debe contribuir

económicamente al financiamiento de un seguro público de salud. A pesar que en los Estados Unidos este principio ha sido usado para otros fines ya sean políticos o sociales, sin obviar que históricamente la única forma de acceder a tener beneficios de salud era a través de negociaciones privadas entre empleados públicos y empleadores. Apenas en 1965 con la enmienda de la Ley de Seguridad Social creó el programa de asistencia médica sin embargo esta dividió en dos caminos la atención por política social: el primero a través de contribuciones y el segundo basado en la caridad. En el 2010 con la Ley ACA, obliga a casi todos los residentes legales a tener un seguro de salud, excluyendo a los inmigrantes sin tener derecho a un seguro de salud. Se logró determinar que la solución integral sería una reforma en la ley que permita la inclusión de los inmigrantes inmediata a beneficios sociales, incluido la Salud, lo cual generaría importantes beneficios económicos a Estados Unidos, sin olvidar que es un derecho humano básico a la salud (Arrieta 2016).

Llanos, Ramírez, Palacios, Flores, Borda, Castillo & Hurtado (2019) realizaron una investigación en Perú denominada *Encuesta de Salud en un sistema sanitario peruano (ENSSA): diseño, metodología y resultados generales* fue publicada en la Revista de Saúde Pública a. Esta investigación se realizó para reportar el diseño, metodología y resultados iniciales de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud. Se ejecutó la encuesta en 24 departamentos, cuyos temas fueron: características de la vivienda, miembros del hogar, educación, salud, empleo e ingreso y gastos del hogar. A través de un tipo de muestreo bi-etápico: la unidad primaria de muestreo estuvo conformada por

conglomerados compuestos por una manzana dentro del ámbito de cobertura del centro asistencial; la unidad secundaria de muestreo fueron viviendas particulares donde habitaba al menos un asegurado a EsSalud. Se analizaron los datos de 62,659 afiliados y se muestran porcentajes ajustados por el factor de expansión. Para las comparaciones, se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Obteniendo resultados de 25000 viviendas fueron encuestadas, dando un total de 79874 personas de las cuales 62659 eran afiliadas a EsSalud, principalmente varones (50,6%) con un nivel de educación técnico superior (39,7%) contra una población afiliada con vivienda independiente (95%) y propia (68,1%). Solo el 34,5% de los asegurados realizan deportes o ejercicio físico. El 14% de la población padece de alguna enfermedad crónica y finalmente en los últimos tres meses el 35,4% de los afiliados necesitaron atención médica y de estos el 73,1%, recibieron atención sanitaria y el 10,9% se atendieron en servicios no adecuados para atención en servicios de la salud. Determinando factores de riesgo a la salud, prevalencia de los problemas de salud y grado de acceso a los servicios de salud (Llanos et al. 2019).

Se realizó una investigación en República Dominicana por García de la Cruz & Ogando (2019) sobre *Análisis sobre el impacto del sistema de autorizaciones en la satisfacción de clientes de seguros de salud internacional, caso: humano seguros 2019*, fue publicada por la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Este trabajo de investigación de tipo doctoral, se analizó el impacto de autorización de servicios en la satisfacción de los clientes de seguros de salud internacional, con el fin de identificar los factores que interfieren en la satisfacción mediante la búsqueda de

información sobre demora de tiempo, conocimiento y satisfacción en general. Se desarrolló mediante el método de investigación cualitativo a través de encuestas y entrevistas, las cuales fueron 38 muestras de clientes puntuales a través de dos encuestas y entrevistaron seis gerentes de compañías. Se concluyó insatisfacción en los clientes de seguros en tiempos de respuesta y desconocimiento de canales electrónicos como vía de autorización. En cuanto a las entrevistas se identificó que las compañías son altamente funcionales con puntos de mejora, sin embargo, desconociendo la realidad de los problemas en la aseguradora (García De la Cruz and Ogando 2019).

### **Estudios a nivel nacional**

En el estudio de *Diseño y Evaluación Actuarial de un Plan de Medicina Prepagada para Personas Mayores de 50 años en el Ecuador* realizado por Terán y Sandoya (2017) en la ciudad Guayaquil, publicado por la Revista Tecnológica ESPOL. Realiza un análisis del comportamiento de una población asegurada y siniestrada de una Compañía de Medicina Prepagada representativa del mercado ecuatoriano. Este estudio describe puntos importantes del porque se lo hizo, como son: problema mundial es la Salud, Sistema público de salud deficiente, y Compañías de seguros estafadoras. Por tal razón el objetivo principal es utilizar un modelo actuarial teórico de tarificación conocido como “*Los Ratio*”, el cual es una aplicación que permitirá determinar la prima comercial asociada para personas mayores de 50 años en el Ecuador. Para lo cual se efectuó un estudio comparativo de los seguros de

salud público y privado, de los cuales se determinó ciertas características que los definen en el mercado ecuatoriano, en el que se logró determinar que el 75% y 80% de la población no posee ningún tipo de aseguramiento de salud. Y el restante 20% y 25% está cubierta por el seguro público. Concluyendo que Ecuador está atravesando una situación difícil en Salud, el mercado asegurador no es una opción para la población por lo cual recomiendan aplicar nuevas estrategias, en este caso los modelos actuariales teóricos (Terán and Sandoya 2017).

Loor (2019) realizó una investigación en Manabí – Ecuador, denominada *Estudio de la Satisfacción del Servicio de Salud en el Seguro Social Campesino en Manabí, Ecuador en el año 2017* publicado por la Universidad Espíritu Santo. Un trabajo de investigación que consiste en una revisión del origen y antecedentes del Seguro Social Campesino en Ecuador, sus niveles de atención y complejidad. Cuyo objetivo es evaluar la percepción que tienen los afiliados del Seguro Social Campesino de Manabí. Se lo realizó a través de la aplicación de entrevistas semi estructuradas a pacientes atendidos en 48 dispensarios médicos de la provincia antes mencionada.

Se identificaron los factores que influyen en el primer nivel de atención de salud, concluyendo que los afiliados perciben las condiciones de traslado, la residencia del personal y una limitada infraestructura o capacidad resolutive, siendo las causas para atención no adecuada. Este régimen especial de seguridad social, es única en la región, se recomienda realizar otras investigaciones que permitan establecer mecanismos para cumplir con los estándares establecidos para la atención primaria en Salud (Loor 2019).

En el estudio de *Compras públicas y rentabilidad en las empresas del Sector Asegurador Ecuatoriano* realizado por Santos (2019) en Ecuador, publicado por la Universidad Técnica de Ambato. Un trabajo de investigación que permite conocer y difundir entre los participantes del sector asegurador ecuatoriano, la relación existente entre la participación en compras públicas y la rentabilidad que alcanzan ciertos actores del sector asegurador. Cuyo fin es determinar el grado de participación en los procesos de compras públicas de las empresas aseguradoras puesto que el mercado de seguros va evolucionando y de esta manera pretende ser de gran aporte para las compañías de seguros en el ámbito de la contratación pública. Se lo realizó mediante un estudio descriptivo con enfoque cualitativo a través de una encuesta aplicada al personal de las aseguradoras, resultando que la mayoría de las empresas no participan en procesos de compras públicas y el sector de seguros del Ecuador no ha mostrado un mayor interés por el participar en el sector gubernamental o del estado a través de su modalidad de contratación mediante el portal o sistema de compras públicas. Concluyendo que esto sucede en gran parte a medidas gubernamentales del anterior período en el cual existía una mayor participación en dichos procesos de la aseguradora estatal, lo cual con el cambio de gobierno ha cambiado y se pretende que exista mayor participación por parte de las empresas privadas he aquí su importancia, donde el Modelo de gestión para la contratación pública del sector asegurador ecuatoriano permitirá visualizar las ventajas de participar en compras públicas por parte del sector asegurador, y el estado al tener varias alternativas de contratación podrá obtener mejores beneficios de los mismos (Villacis 2019).

En el estudio de *Análisis comparativo de la calidad de atención de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios externos del área de emergencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el de Medicina Prepagada en el Cantón Samborondón, Guayas Ecuador* realizado por Ñañez (2018) en la ciudad Guayaquil, publicado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Un trabajo de investigación que compara la calidad de atención de servicios de salud y la satisfacción de usuarios externos del área de emergencia del IESS y medicina prepagada en el cantón Samborondón, a través de un instrumento validado para diseñar un plan de mejora. Lo realizó mediante un estudio descriptivo, método descriptivo con abordaje cuantitativo, aplicando una encuesta de 22 preguntas en cinco dimensiones a 766 personas de las cuales 383 son afiliadas al IESS y 383 son aseguradas a medicina prepagada. Se determinó la tabulación por medio de un programa estadístico, la fiabilidad se realizó a través del coeficiente del Alfa de Crobach. En resultados se evidenció que las dimensiones con mayor insatisfacción en de los usuarios que aportan al IESS, son: capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles a diferencia de la medicina Prepagada, presentó mayores usuarios satisfechos en la dimensión de aspectos tangibles. Logrando diseñar un plan de mejora con estrategia para aumentar la satisfacción de los usuarios del IESS (Ñañez 2018).

Naranjo en (2018) realizó una investigación en Ecuador, denominada *Ecuador: Un análisis de la profundización del sistema privado de seguros período 2005-2015* publicado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Un trabajo de

investigación que identificó si la profundización de los servicios privados en Ecuador durante el período 2005 al 2015, cubren la brecha de protección de seguro adecuada para su economía. Su objetivo permitirá conocer desde el desempeño que las mismas tuvieron, utilidades que obtuvieron, los impuestos que se generaron en beneficio del país y cómo estas empresas evolucionaron a través del tiempo, hasta los índices de asegurabilidad en el país y su posición ante la región. El procedimiento metodológico se basó en el enfoque cualitativo y en el cuantitativo, cuyas técnicas de investigación fueron la entrevista y la revisión documental. Además, se hizo revisión bibliográfica sobre los seguros y los riesgos y se efectuó el análisis estadístico de la información existente en el país para dar respuesta a los objetivos planteados. Luego de la investigación de campo y el análisis bibliográfico sobre el tema, se concluye que los principales efectos que tuvieron los servicios privados en Ecuador, luego de las reformas legales de 2014, son negativos. Debido a las exigencias de capitalización, las aseguradoras se fusionaron o dejaron de operar. Respecto a la región, Ecuador se encuentra atrasado, presentando un bajo crecimiento. Ante esta situación, se propusieron las acciones o estrategias socioeconómicas que deben ser implementadas para incentivar la cultura de seguros en Ecuador, priorizando una revisión de las primas de seguro y un mayor posicionamiento en los medios de comunicación (Naranjo 2018).

En el estudio de *Análisis sectorial y su relación con la competitividad del sector asegurador de la ciudad de Guayaquil, periodo 2015 - 2018*. realizado por Banchón (2020) en la ciudad Guayaquil, publicado por la Universidad Católica

Santiago de Guayaquil. Realiza un análisis sectorial es una clave fundamental en la competitividad del mercado asegurador. La investigación cuyo objetivo es analizar la relación entre el sector asegurador y la competitividad, mediante la percepción de los clientes, en donde se realizó un diagnóstico estratégico que permitió encontrar factores que influyen dentro del sector. Se realizó mediante un diseño no experimental de corte transversal, enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y muestreo probabilístico, donde se utilizaron herramientas de recolección de información como encuestas y entrevistas. Resultando que es de suma importancia que el sector asegurador debe tener un enfoque directo en el servicio y en la educación financiera que brindan a sus clientes. Concluyendo que se estableció un modelo estratégico de competitividad sectorial de acuerdo a los hallazgos encontrados, para que las empresas evalúen el sector en un periodo determinado y de esta forma puedan mejorar su gestión y competitividad dentro del sector (Banchón 2020).

### **Seguros médicos en Ecuador**

En Ecuador, el Sistema Sanitario está constituido por Instituciones públicas como privadas, clasificados en: Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Privada Complementaria (RPC). La Red Pública Integral de Salud, se encuentra conformado por establecimientos públicos de seguridad social y otros proveedores, como son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y Ministerio de Salud Pública (MSP) (Aguilar 2011).

La Red Pública Integral de Salud, ofrece una atención centralizada, gratuita, ya sea por atención ambulatoria, preventiva u hospitalaria, cuyos niveles de atención se integran para brindar atención general. Además existen fundaciones u organizaciones religiosas, que apoyan en la atención de salud a través de benefactores, donaciones o cobro directo a usuarios (Collahuazo 2017).

Por otro lado, la Red Privada Complementaria de Salud, se encuentra establecido por un conjunto de empresas privadas que brindan servicios de salud, se accede a este por medio de un seguro médico privado o derivado de la RPIS, solo si hay ausencia de recursos sanitario en lo público (Bravo and Mogro 2017).

Desde el año 2015, en el Ecuador, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, asumió el control y vigilancia de los seguros médicos privados en el Ecuador, regido bajo el Código Orgánico Monetario y Financiero (COMF), el cual ejerce la vigilancia, intervención, auditoría, control y supervisión del régimen de seguros (Superintendencia de Compañías Valores y Seguros 2015). Los seguros son una actividad de servicio que ofrecen las compañías, las cuales se mantienen gracias al aporte financiero y económico, desempeñando una importante tasa financiera que logra redistribuir los capitales, cuyo fin consiste en transformar los riesgos económicos en pagos mensualizados, teniendo en cuenta que al momento de la prestación del servicio sea satisfecho por los asegurados para así llegar a ser una empresa confiable con un buen capital que responda a los diversos riesgos de diferente índole médico que pueda afectar a sus asegurados (Finkelstein, Mahoney, and

Notowidigdo 2018).

La cobertura de salud por parte de seguros médicos privados, se encuentran establecidos por un pago directo de cuotas acordadas en un contrato con el fin de recibir atención integral a personas naturales como jurídicas, estas empresas de medicina prepagada surgieron en la historia del país, cuyas necesidades son basadas en lidiar día a día con los vanos recursos y ayuda del sistema de salud público (Andrade 2019).

Las empresas de salud prepagada tienen un particular inicio dentro del territorio ecuatoriano en el año 1978, la primera institución en abrir sus puertas a los usuarios, fue la empresa privada Ecuasanitas S.A, en las ciudades de Guayaquil y Quito respectivamente, ofreciendo servicios de asistencia médica y medicina prepagada, para luego ampliarse a múltiples provincias del país (Chang 2017).

En los últimos años el desarrollo de los seguros médicos privados en el país de Ecuador ha tenido un gran impacto en la economía, puesto que es un sector que se destaca en diferentes áreas en el mercado gracias a las coberturas que ofrecen cada uno de estas, sin embargo, para su correcto funcionamiento deben estar registradas y autorizadas en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, esta entidad controla, fiscaliza y suspende a empresas del sistema de seguros privados en el Ecuador. Los reportes financieros que emiten las empresas a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, permiten consolidar toda la información obtenida en un ranking, el mismo que se denomina Aseguradoras Líderes en Medicina Prepagada,

tomando en cuenta los ingresos totales del año 2019 (Camino et al. 2019).

**Figura 1.** Rango de Aseguradoras Líderes en Medicina Prepagada correspondiente al año 2019

RK	RAZÓN SOCIAL	TOTAL INGRESOS 2019	UTILIDAD DEL EJERCICIO 2019	IMPUESTO A LA RENTA CAUSADO 2019	TOTAL INGRESOS 2018	UTILIDAD DEL EJERCICIO 2018	IMPUESTO A LA RENTA CAUSADO 2018
1	SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.	177,02	24,43	5,20	148,10	19,31	4,37
2	BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A.	158,43	10,52	2,26	112,20	3,44	0,79
3	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.	82,50	1,47	0,36	69,51	0,30	0,09
4	ECUASANITAS SA	65,04	5,25	1,47	60,42	3,26	1,03
5	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	42,85	-	-	41,18	-	0,09
6	CONFIAMED S.A.	29,28	2,72	0,43	24,50	2,27	0,36
7	VUMILATINA MEDICINA PREPAGADA S.A.	20,32	0,02	-	7,15	0,17	0,05
8	ASISKEN ASISTENCIA MEDICA S.A.	19,06	0,02	0,00	14,64	0,06	0,02
9	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	13,83	1,44	0,43	13,86	-	0,43
10	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A.	10,54	0,12	0,03	9,12	0,11	0,08
11	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY SA	9,80	-	-	9,20	-	-
12	PLAN VITAL VITALPLAN S.A.	6,49	0,02	0,04	5,37	-	-
13	BLUECARD ECUADOR S.A	3,62	0,06	0,05	4,97	-	-
14	LATINA SALUD COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA S.A. "LATINASALUD"	2,94	0,09	0,03	2,83	0,05	0,02

Fuente: Portal de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

### Seguridad social en Ecuador

En Ecuador la seguridad social se remonta en el año 1928 por Decreto Ejecutivo N°18, en el gobierno del Dr. Isidro Ayora y publicado en el Registro Oficial N° 590,

en donde nació la Caja de Pensiones. En 1937 se reforma la Ley del Seguro Social Obligatorio, en el que se incorporó beneficios para afiliados en cuanto al seguro de enfermedad. En 1970 en el régimen del Dr. José María Velasco Ibarra, transformó la Caja Nacional del Seguro Social en Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y finalmente en la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios diferentes al del Fisco; cuyo objetivo derecho y obligación es proteger y dar asistencia social al trabajador ecuatoriano. El origen y evolución de la seguridad social como entidad se encarga de aplicar el Sistema de Seguro General Obligatorio (Vergara and Terranova 2017).

En el seguro médico público su instituto se clasifica de acuerdo con la capacidad de respuesta ante situaciones y especialidades de I, II y III nivel, donde brindan atención ambulatoria, emergencias y hospitalización, se puede apreciar en la siguiente figura está representando la estructura hospitalaria pública del país.

**Figura 2.** Red Hospitalaria del Seguro Social.



Fuente: El Comercio

## **Capítulo III**

### **Marco Metodológico**

En este capítulo se definirá el tipo de investigación, alcance investigativo, herramientas que se utilizará para la recopilación de datos, definiendo la variable. La población de estudio, con el fin de comparar la satisfacción de los usuarios de seguros médicos privados y públicos.

#### **Tipo y diseño de investigación**

Existen cuatro tipos de investigación, los cuales son: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. Los exploratorios se utilizan cuando se va evaluar minuciosamente un tema, el cual no existe suficiente evidencia de estudios realizados anteriormente, por lo tanto, la indagación va más allá para responder las inquietudes que se vayan presentando en la investigación de muchos lectores. Los estudios de tipo descriptivos son aquellos que buscan las características de los diferentes grupos poblacionales, procesos, objetos u otros fenómenos para realizar un análisis, en el que se pretende medir y obtener información de forma independiente o en conjunto de diferentes variables. Los de tipo correlacional, son aquellos que tiene el fin de identificar el grado de relación - asociación de la muestra y también entre las variables del estudio. Y por el último el estudio de tipo explicativos son los que responden a la causa de los eventos y fenómenos físicos o sociales, el cual necesita la formulación de una hipótesis que permita sustentar la causa del problema, en este tipo de estudio se encuentran los no experimentales y observacionales (Hernández, Fernández, and Baptista 2014).

Ciertos autores describen las diversas características de los métodos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos, donde el cuantitativo se refiere a aspectos numéricos, datos cuantificables, comúnmente son investigaciones de tipo descriptivo, explicativo, experimental, y exploratorio (Elizabeth et al. 2018). Por otro lado, la investigación de tipo cualitativo se refiere a la cualidad del objeto de estudio, donde se detalla diversas características, situaciones, comportamientos, donde las experiencias, actitudes, pensamientos son expresados por las personas que están en la investigación, con la finalidad de recolectar y analizar la información de forma profunda, mediante la relación que se crea entre los participantes e investigador (Ceballos and Rodríguez 2020). La investigación cualitativa se enfoca en dos puntos, siendo el primero reunir suficiente información y el segundo es estructurar la información recogida de forma lógica, además se considera que la idea no sea separada más bien se acople de modo que se relaciona. Y los datos cualitativos consisten en la descripción detallada de eventos, personas, comportamientos observables, experiencias, actitudes, creencias y pensamientos, los cuales pueden recogerse utilizando diferentes instrumentos de recolección de información como videos de observaciones de eventos particulares, grabación de entrevistas individuales, testimonios escritos de las personas, historias de vida hasta incluso documentos escritos como: actas, recortes de prensa, entre otros (Sucre and Cedeño 2019).

Según Rodríguez (1997) expresó que la investigación cualitativa, es un proceso complejo que contempla ciertos elementos básicos como recoger información necesaria y estructurar información, los cuales se generan por los contenidos, para lograr esto se

basa en la fase de trabajo de campo, es el desarrollo de la investigación donde lo fundamental es la selección de la muestra, porque determina los datos a través de los instrumentos permite comprender y analizar la investigación. Existen dos tipos de muestras, las cuales son: probabilística, la cual se extrae de un universo definido y cuyo criterio se refiere a que todo individuo tiene la misma probabilidad., en cuanto al segundo tipo de muestra es intencional, esta selecciona criterios donde los valores sean representativos y se pueda apreciar la información para así capturar la realidad (Schettini and Cortazzo 2015).

En este estudio la investigación es de tipo cualitativa puesto que va dirigida a analizar la satisfacción del usuario de seguros médicos privados como públicos. Cabe recalcar que se decidió por este tipo de investigación por la situación actual del mundo, como es la pandemia de Covid-19, que mediante diversas plataformas tecnológicas se pudo desarrollar la investigación. Desarrollando la variable de forma independiente que origina el problema, analizando las consecuencias en la recolección de información a través de herramienta de entrevista, la cual permite conocer la experiencia de las personas involucradas. Por lo tanto, esta investigación se desarrolla de manera *exploratoria*, permite conocer el grado de satisfacción de los usuarios que poseen el seguro médico; *descriptiva*, detalla el proceso del usuario, plataforma tecnológica y tipo de servicio otorgado y *analítica*, logra saber cuáles son las causas y efectos del servicio e incluso hasta la solución.

### **Enfoque de la investigación**

El enfoque del presente trabajo de investigación es cualitativo, el cual consiste en analizar y comprender el comportamiento, actitudes y valores de los usuarios, a través de técnicas y métodos que posibilita indagar desde lo general a lo particular, dado a que no se rige por un principio o ley sino por los datos que se recolectan (Recarte 2020). Esta investigación resulta de diferentes perspectivas ya sean éticas, teóricas o filosóficas, asimismo sobre las diferencias sobre política, raza, nacionalidad, clase social, entre otras. Estas confrontaciones permiten comprender la realidad de la sociedad y en cuanto en el campo de la salud, este tipo de investigación se refiere a un componente emocional, donde implica la cuestión del ser y hacer, desde la perspectiva de los usuarios externos e internos, ya que las actitudes, percepciones y opiniones respecto de los servicios de salud (Yalina 2020).

### **Variables de la investigación**

Las variables en esta investigación es la satisfacción del usuario, a medida que la expectativa sea completada manifestará el grado de satisfacción o inconformidad. Son elementos básicos puesto que son referente a la observación debido a esto se puede caracterizar los fenómenos que se estudie por medio de las variables. Una característica que presenta variaciones en sucesivas mediciones temporales es una característica observable que puede adoptar diferentes valores que se pueden expresar en varias categorías. También se entiende por variable una característica observable con una relación determinada a otros aspectos observables, las cuales pueden ser de causalidad,

covariación, dependencia, asociación, influencia, etc. Son de importancia investigativa como elementos básicos del método científico (Cauas 2015).

## **Universo**

El universo conformado por los usuarios que pertenecen tanto al seguro médico privado y público del cantón Guayaquil, de la provincia de Guayas-Ecuador.

## **Instrumentación de investigación**

El instrumento de investigación en este estudio fue la técnica de entrevista, esta técnica de investigación está dentro de las más usadas y confiables en esta área. Se lleva a cabo por medio de una conversación profesional, en dónde el investigador obtiene información del entrevistado acerca de su opinión, experiencias, aspectos relevantes hasta estrategias a través de preguntas abiertas donde el usuario puede explicar desde su perspectiva real del tema. Las entrevistas de tipo semi estructuradas se basan en una guía donde el entrevistador puede introducir preguntas para obtener información. Esta técnica se basó en las preguntas relacionadas al cuestionario SERVPERF, las mismas que funcionan en torno a las cinco dimensiones de la calidad de servicio, como son: capacidad de respuesta, confiabilidad, seguridad, empatía y elementos tangibles. Poseen 22 declaraciones que intentan recolectar y medir, en una escala de Likert de siete niveles (Sanchez. F. 2019). Las dimensiones son: *Elementos tangibles*, estas se refieren a la instalación, equipos, personal y material de comunicación (Pregunta 2); *Confiabilidad*, la capacidad para ofrecer un servicio de forma seria, segura, formal, libre de dudas e

inseguridades (Pregunta 1); *Capacidad de respuesta*, el deseo y disposición del personal para ayudar y proveer el mejor servicio (Pregunta 3); *Seguridad*, el conocimiento, competencia profesional y capacidad de inspirar confianza en el usuario (Pregunta 4); *Empatía*, el respeto y consideración hacia el cliente (Pregunta 5).

### **Entrevistas**

En el presente proyecto de investigación se realizó entrevistas semiestructuradas a 30 personas, de las cuales: 15 poseen seguro médico privado y 15 pertenecen al seguro médico público; con la ayuda de una guía de ocho preguntas formuladas de tipo abiertas en base a las cinco dimensiones del modelo SERVPERF, las mismas que se pueden visualizar en el Apéndice A y B.

El análisis de este estudio, es su población cuyo criterio de selección de la muestra es el individuo que posea un seguro médico, mayores de edad, lo que permite obtener datos verídicos por ende resultados representativos para el trabajo de investigación.

### **Herramientas y técnicas de análisis de datos**

Se realizará entrevistas a personas que pertenecen seguros médicos privados y públicos, las preguntas que se prepararon estaban relacionadas con respecto a los beneficios, experiencia, la modalidad de atención de los seguros médicos. Se recolectó la información a partir de entrevistas mediante teléfono en el mes de junio de 2020, para luego analizar los datos obtenidos empleando codificación, uno de los métodos habituales para analizar cualitativamente, estos códigos tienen una estructura conceptual

para que permita relacionar los resultados con los objetivos del presente trabajo de investigación.

A través de este enfoque cualitativo, las entrevistas realizadas permiten obtener expectativas y percepciones de los encuestados, las cuales se examinarán de forma independiente y se analizarán de forma comparativa entre los públicos y privados respectivamente. Considerando que este tipo de investigación cualitativa desde hace un tiempo era único de disciplinas tales como: antropología, sociología y psicología, pero en la actualidad la variedad de investigaciones con respecto a temas de servicios de salud, se ha reflejado en las publicaciones de numerosos artículos científicos e inclusive seminarios, lo cual ha demostrado tener un significado científico en estos estudios.

La metodología cualitativa se adentra en la importancia de analizar las necesidades de los individuos desde varias perspectivas tanto integrales como dinámicas, permitiendo conocer la parte socio-cultural, valores de supervivencia de las personas y las expectativas de los momentos en que recibe un servicio. Además, relativiza la efectividad de las acciones, donde existen variables de los seres humanos que determina las relaciones humanas, lo que representa la complejidad del ser, lo cual repercute en los contextos sociales (Núñez et al. 2019).

Dentro de la metodología cualitativa, se utilizó el método de triangulación de datos, el cual consiste en obtener información a través de fuentes que permiten comparar datos recogidos, alcanzando así un significativo desarrollo y beneficio teórico, llega a ser

una estrategia metodológica, que garantiza validez en las conclusiones otorgando confiabilidad en la investigación. Se requiere para este tipo de triangulación un esquema teórico para interpretar resultados, tal como el siguiente: (a) obtención de información, (b) ordenar información, (c) codificar información y (d) integrar información (García et al. 2016).

### **Análisis de los Resultados**

A continuación, se presenta los resultados obtenidos de la entrevista vía telefónica realizada a las 30 personas seleccionadas entre las cuales 15 pertenecen al seguro médico público y las otras 15 al seguro médico privado. Cabe mencionar que, al inicio de cada entrevista, se explicó el fin del trabajo de investigación y asegurando el anonimato de la entrevista. Los entrevistados eran libres de elegir la hora de ser entrevistado, se tomó nota durante y después de las entrevistas con el propósito de aprovechar al máximo la entrevista. El tiempo promedio de la entrevista fue 30 minutos. Algunos entrevistados se mostraban ansiosos por dar más información y otros se tuvo que planear otra entrevista para completar información. Se analizaron los datos cualitativos, dividido en dos secciones, la primera es el desarrollo de las preguntas de información general como: género, edad y ¿cuántos años va aportando a su seguro médico privado/público?, y la segunda sección son preguntas que se basan en cinco dimensiones de acuerdo al modelo SERVPERF como son: confiabilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Se indica de una forma estadística las 3 primeras preguntas de la primera sección de información general para una mejor comprensión de la investigación, se detalla en la siguiente tabla.

**Tabla 1.** Información General (2020)

<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	<b>SEGURO MEDICO PRIVADO</b>	<b>SEGURO MEDICO PUBLICO</b>
<b>1. Género</b>		
<b>Femenino</b>	59,3%	48,1%
<b>Masculino</b>	40,7%	51,9%
<b>2. Edad</b>		
<b>18 – 33 años</b>	40,7%	37%
<b>34 – 49 años</b>	40,7%	37%
<b>50 – 65 años</b>	11,1%	14,8%
<b>+ 66 años</b>	7,4%	11,1%
<b>3. ¿Cuántos años va aportando a su seguro médico?</b>		
<b>1 – 3 años</b>	40,7%	11,1%
<b>4 – 6 años</b>	22,2%	25,9%
<b>7– 10 años</b>	18,5%	22,2%
<b>+ 11 años</b>	11,1%	25,9%
<b>Otro</b>	7,5%	14,9%

En la segunda sección de preguntas relacionadas con el modelo SERVPERF en base a las cinco dimensiones, mediante el análisis de cada pregunta se encontró semejanzas, tales como:

## **Confiabilidad**

En la pregunta número cuatro, **¿En qué forma lo atienden los profesionales de su seguro médico en cuanto al interés y al conocimiento que demuestran para garantizar la atención de salud?;** la palabra *conocimiento*, se presentó tanto en el seguro médico privado como público, donde la mayoría de los entrevistados indicaron que los profesionales eran personas jóvenes, y esto implica que se encuentran actualizados y brindan una atención eficaz, gracias a que se autocapacitan o en algunos casos las empresas costean las respectivas capacitaciones, generando confianza desde el inicio y permitiendo que el profesional se comunique de manera efectiva con el usuario. El conocimiento es un elemento esencial en la atención de los servicios de salud, y en el caso de seguros médicos, contar con conocimiento, significa brindar un servicio que aglomera valores, experiencias e información de lo que requiera el usuario.

## **Elementos tangibles**

En la pregunta número cinco, **¿Con qué elementos tangibles (instituciones de salud nacional e internacional, insumos médicos, medicina, equipos, traslado, etc.) su seguro médico público le garantiza la atención de su salud en caso de necesitarla?;** las palabras *medicamentos e insumos*, fueron las palabras más repetitivas entre seguros, demostrando una gran falencia en el seguro médico público y una solución regular en el seguro médico privado; la adquisición y abastecimiento son los principales problemas en lo público, no cumplen con ningún estándar ni procedimiento que logre satisfacer al usuario, esto se desencadena por la falta de organización de las

instituciones, donde las responsabilidades son de distintas áreas y actuar en conjunto resulta un problema para los funcionarios, adicionalmente ha existido recorte de personal ocasionando pérdida de continuidad en los procesos para garantizar el suministro de medicamentos e insumos. En lo privado hace referencia a los contratos que el usuario llegue acordar con la aseguradora, depende del plan contratado y el más importante las enfermedades pre existentes, ya que, si es una enfermedad recurrente antes del contrato, no cubre el seguro. Además, un entrevistado comentó que sufre de una enfermedad compleja y su seguro médico privado no consigue solventar su condición porque depende de varios medicamentos que no cuentan las empresas.

### **Capacidad de respuesta**

En la pregunta número seis, **Desde su experiencia, ¿podría enlistar aspectos positivos o negativos acerca de la capacidad de respuesta (tiempo de espera, calidad de atención, etc.) de los servicios de salud otorgados por el seguro médico público?;** dentro los aspectos positivos del privado la semejanza que más se repite entre los entrevistados es la *rápida atención*, esta cualidad es el distintivo del privado donde asegura la atención de calidad y agrada al usuario en vista que demuestra la organización de la aseguradora. Y en los aspectos negativos la palabra más repetitiva es *precio alto* esto concierne al plan de la aseguradora donde la póliza se firma bajo términos, recordando que las tarifas son controladas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; En el seguro médico público la semejanza dentro de las personas entrevistadas, los aspectos positivos concluyeron en *especialidades médicas* los

entrevistados refieren que el seguro público cuenta con una gran cantidad de médicos especialistas que se encuentran altamente capacitados y calificados, resultando beneficioso para ellos. El aspecto negativo encontrado es *agendamiento de citas* es un problema latente que sufre el sector público en la asignación de turnos, falencias en el seguimiento del proceso, cero comunicaciones en las casas de salud, falta de gestión para resolver las problemáticas desde la capacidad para la atención de la demanda de usuarios que se atienden.

### **Seguridad**

En la pregunta número siete, **¿Cuándo llama a su seguro médico para consultar acerca de los procesos a seguir para una atención médica, la persona que lo atiende le transmite confianza y le demuestran capacidad de organización? Explique su respuesta;** la palabra *confianza*, en el sector privado es una garantía de sus servicios ofrecidos puesto que, estas empresas aseguradoras dependen de la calidad percibida por sus usuarios, resultando retorno y continuidad con los planes de seguro de salud que otorga al usuario, al contrario de lo que sucede en lo público la *confianza* este término no existe en el vocabulario de los usuarios ya que demuestran no estar satisfechos con el personal que labora, por que presentan muchas limitaciones como desconocimiento, falta de organización institucional y el constante cambio de personal administrativo.

### **Empatía**

En la pregunta número ocho, **¿Cuándo llama a su seguro médico público para**

**que lo ayuden a resolver inquietudes acerca de los servicios de salud que ofrecen, siente que las personas que la atienden son empáticas con usted o su familia?**

**Explique su respuesta;** la contratación de servicios de salud en los seguros médicos privados es de una forma más atenta puesto que depende de la manera como es tratado el usuario por lo que la palabra más usada es *amabilidad* es una regla de oro en las aseguradoras porque logra en los usuarios mantener la confianza y sentirse seguros que recibirán atención adecuada desde el primer contacto hasta alcanzar lo deseado. Un entrevistado mencionó que presento un reclamo a su aseguradora por atender de forma incorrecta a sus familiares, puesto que casi no le había dado uso a su seguro, y cuando ocurrió un percance de salud con su familiar, no lo ayudaron en el tiempo indicado y resulto con graves consecuencias. En cuanto al seguro público *poca resolución de problemas* el sector público en servicios de salud se ha ganado mala fama en reiteradas ocasiones, un usuario refiere que solo sí se tiene familiares o algún contacto recibe atención rápida y eficaz si no por lo tanto deberá esperar, esta es una realidad que vive el país, por tal razón acudir al seguro médico público no es una opción deseada,

## **ENTREVISTA A USUARIO DE SEGURO MÉDICO PRIVADO**

### **Entrevistado**

- 1. ¿En qué forma lo atienden los profesionales de su seguro médico en cuanto al interés y al conocimiento que demuestran para garantizar la atención de salud?**

Mi experiencia con el seguro médico que ahora tengo y gracias a un bróker que me ayudo a conseguirlo, me siento muy bien atendido ya que veo médicos con experiencia que trabajan tanto en el seguro público como el privado, pero la atención en lo privado tiene mayor facilidad al hacerme los exámenes con equipo de primera mano, el cual con el tema del covid19 se notó que realizan todas las medidas de higiene para que nosotros como paciente nos sintamos más cómodos.

**2. ¿Con qué elementos tangibles (instituciones de salud nacional e internacional, insumos médicos, medicina, equipos, traslado, etc.) su seguro médico público le garantiza la atención de su salud en caso de necesitarla?**

Al comienzo estuve pagando los primeros meses y no me hacía atender porque no teníamos necesidad, pero uno nunca sabe cuándo nos puede ocurrir una enfermedad o un accidente, en el momento que tuve una fractura en mi rodilla bailando, llamamos al seguro privado y la ambulancia nos llevó a la casa de salud, la cual nos atendieron estupendamente ayudándonos desde el momento que ingresamos, ya que mis familiares venían atrás en sus vehículos a ellos en la casa de salud desde la entrada le dieron respuesta de que ya estaba con un médico el cual me estaba chequeando, luego de esto me facilitaron las medicinas y me realizaron radiografías en el mismo establecimiento lo cual fue muy rápido.

**3. Desde su experiencia, ¿podría enlistar aspectos positivos o negativos acerca de la capacidad de respuesta (tiempo de espera, calidad de**

**atención, etc.) de los servicios de salud otorgados por el seguro médico público?**

---

***Positivos:***

---

1.- La rapidez en la cual llega la ambulancia

---

2.- Los médicos de turnos siempre están disponibles y son muy amables

---

3.- La facilidad de tener en stock los medicamentos

---

4.- El tener todo el equipo médico de calidad en la misma casa de salud

---

5.- La llamada que realice el operador fue claro y conciso de cómo se tenía que proceder

---

***Negativos:***

---

1.- El costo y los paquetes deberían ser anuales

---

2.- Me gustaría que no solo tengan convenio con una casa de salud

---

3.- En ocasiones al debitar por medio de la cuenta suelen equivocarse

---

4.- Deberían tener más sucursales para conocer de mejores planes en la misma institución.

**4. ¿Cuándo llama a su seguro médico para consultar acerca de los procesos a**

**seguir para una atención médica, la persona que lo atiende le transmite confianza y le demuestran capacidad de organización? Explique su respuesta**

La única vez que llame, me atendió una chica muy amable y cortés la cual me ayudo paso a paso para que tenga el mejor servicio y esto me lo recalco al principio de la llamada que para una mejor atención me tenía que calmar y seguir los procesos establecidos, eso me dio mayor confianza y me tranquilizo, esto ayudo a que la llamada sea más clara y me ayude a tener la mejor atención en el menor tiempo posible.

**5. ¿Cuándo llama a su seguro médico público para que lo ayuden a resolver inquietudes acerca de los servicios de salud que ofrecen, siente que las personas que la atienden son empáticas con usted o su familia? Explique su respuesta**

La primera vez que me recomendaron el seguro un familiar, llame al siguiente día los cuales me indicaron que para conocer más del seguro el cual ofrecían ellos tenía que agendar una cita y quedar descuerdo si es conveniente para mí como usuario, fui a la cita y me indicaron todos los planes que tenían y me indicaron que si en mi poder tenía el historial médico, tomaron nota de todo lo que les indique de lo que sufría y que medicamentos he tomado a lo largo de mi vida entonces me intereso más ya que sentí confianza y por primera vez un seguro que se preocupara por mi mucho más allá de lo que este cancelando mensualmente

## **ENTREVISTA B USUARIO DE SEGURO MÉDICO PÚBLICO**

### **Entrevistado 2.**

**1. ¿En qué forma lo atienden los profesionales de su seguro médico en cuanto al interés y al conocimiento que demuestran para garantizar la atención de salud?**

En la mayoría de los casos no muy buena, no son atentos y no resuelven el problema por el cual uno acude. Para una buena atención depende del profesional e incluso en ocasiones tienen los conocimientos, pero no los recursos tecnológicos en su lugar de trabajo para un adecuado diagnóstico.

**2. ¿Con qué elementos tangibles (instituciones de salud nacional e internacional, insumos médicos, medicina, equipos, traslado, etc.) su seguro médico público le garantiza la atención de su salud en caso de necesitarla?**

Considero que la infraestructura es un elemento tangible por los hospitales inaugurados y clínicas del día. En cuanto a medicina, es muy básica y genérica por ende no trata correctamente los tratamientos y brecha de personal de la salud y exceso de personal administrativo.

**3. Desde su experiencia, ¿podría enlistar aspectos positivos o negativos acerca de la capacidad de respuesta (tiempo de espera, calidad de atención, etc.) de los servicios de salud otorgados por el seguro médico público?**

Aspectos negativos: el tiempo de espera, siempre que se llama indican que no hay turnos y cuando dan uno es para luego de un mes y solo para atención general. Cuando envían a la atención especializada hay que esperar más tiempo.

Aspectos positivos: gratuidad en medicamentos básicos sin embargo solos sería en cierta forma porque mes a mes se aporta. Los médicos tienen el interés muy grande de servicio para los pacientes en general. Lo atienden así no haya pagado uno o dos meses de aporte.

**4. ¿Cuándo llama a su seguro médico público para consultar acerca de los procesos a seguir para una atención médica, la persona que lo atiende le transmite confianza y le demuestran capacidad de organización? Explique su respuesta.**

La verdad que no transmiten confianza, demuestra amabilidad, pero falta organización porque le contestan que desconocen de los procesos y le dicen que uno mismo debe acercarse al lugar. Esto podría suceder por la alta rotación de personal que existe en el sector público, que las personas no son capacitadas como debe ser.

**5. ¿Cuándo llama a su seguro médico público para que lo ayuden a resolver inquietudes acerca de los servicios de salud que ofrecen, siente que las personas que la atienden son empáticas con usted o su familia? Explique su respuesta.**

Sí, en lo que está a su alcance. No se les puede pedir más por ejemplo si es de pedir agendamiento de citas médicas a veces dicen que no hay disponibilidad y uno les pregunta para cuando existirá disponibilidad y no tienen capacidad de responder.

Este estudio comparativo de seguros médicos se encuentra marcado por las claras diferencias que presentan sus usuarios y mediante un análisis de tipo cualitativo se analiza la gestión en base de sus experiencias recibidas, donde ciertas personas expresan conformidad con la atención, beneficios, capacidad de la institución para enfrentar problemas de salud, a diferencia de otra mayoría de personas que ven un retroceso progresivo sin retorno de todos los fondos públicos, generando endeudamiento en las familias de clase media, y más personas concuerdan que seguir aportando no tendrá algún significado a futuro.

Y una similitud entre personas de seguros privados y personas que aún perteneciendo al seguro público no los usa porque prefiere confiar ciegamente en servicios privados que por más alto el precio son seguros y eficaces.

## **Capítulo IV**

### **Propuesta**

En consideración a los datos obtenidos mediante la aplicación de herramientas investigativas tales como, entrevistas y revisión bibliográfica, referente a seguros médicos privados y públicos, se desarrollará la presente propuesta, en la que se encuentran los objetivos, justificación y desarrollo de la misma.

#### **Tema**

Diseño de plan de estrategias para mejorar la satisfacción de los servicios que otorga los seguros médicos a los usuarios,

#### **Objetivos**

##### **General**

Plantear estrategias para mejorar la satisfacción de los servicios que ofrece a los usuarios los seguros médicos a través de un cronograma de actividades.

##### **Específicos**

Desarrollar estrategias a partir de las dimensiones utilizadas en el proyecto, con ello lograr satisfacción en los usuarios.

Proponer un plan de actividades que permitan mejorar la empatía, seguridad, capacidad de respuesta, confiabilidad y elementos tangibles entre el personal y los usuarios de seguros médicos privados como públicos.

## **Justificación**

En Ecuador, el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado en años anteriores por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, con la preeminencia del enfoque curativo centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical, que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. Actualmente, el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen cambios en el perfil demográfico y epidemiológico unido a la consolidación de la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive de todos los niveles de atención. Por lo que los Seguros médicos tienen una participación crucial hoy más que nunca por todos los acontecimientos que están sucediendo, tales como crisis económicas y sanitarias.

El seguro médico público, para su gestión, debe disponer de herramientas tecnológicas que les permitan conocer el comportamiento de los parámetros demográficos, epidemiológicos y sociales de la población asignada a las instituciones que dirigen, así como indicadores de la actividad propia del hospital, de manera que una óptima gestión permita la adecuación de las labores asistenciales a las necesidades ciudadanas en el nivel local y en el desarrollo de mecanismos, que aseguren la adecuada calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos. Y las empresas de seguros médicos privados, ellos se deben a su reserva financiera que los vuelve

solventes y creíbles frente a los usuarios para lo cual deben continuar en constante mejora continua con el fin de manejar inconvenientes a futuro. actualizar sus planes.

### **Desarrollo**

A partir de las experiencias y opiniones de los entrevistados, se logra establecer un plan de actividades con el objetivo de mejorar la satisfacción que ofrece a los usuarios de los seguros médicos, por medio de estrategias, las cuales permiten distinguir las particularidades de la población asegurada, reglamentos del seguro público y privado, identificación de problemas, necesidades y prioridades en estas instituciones, así como a la ejecución de programas apropiados para el mejoramiento del servicio de salud a la población afiliada, lo cual potenciará la capacidad de gestión institucional en correspondencia con la misión y la visión del mismo.

En cuanto al plan de actividades que se resume en la tabla 2, se describe, a continuación, a detalle cómo se realizarán las mismas, a partir de las dimensiones investigadas en el presente proyecto, con la finalidad de lograr que los usuarios de los dos tipos de seguros médicos tanto públicos como privados, se encuentren satisfechos con los servicios de salud otorgados.

Este plan abarca las dimensiones de confiabilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, de los seguros médicos privados y públicos.

## **Plan de Actividades**

### **Confiabilidad**

#### ***Estrategia: Coaching al personal***

En el sector Público, esta estrategia será una capacitación empresa-empleado, donde el responsable de presidirla será el o la Coordinador/Coordinadora de Capacitación y Formación de la Gestión de Talento Humano de la institución y las personas que serán capacitadas corresponden al departamento de atención al usuario, la cual deberá efectuarse una vez al mes durante 6 meses, cuya fecha sería enero del año 2021, de manera que los empleados conozcan y comprendan el entorno organizacional, operatividad y beneficios, logrando así que el usuario se involucre con la institución.

El coaching al personal en el ámbito privado, es directo al empleado, puesto que es el canal de primer acceso al usuario. Donde el mismo debe persuadir al usuario a escoger el tipo de seguro, enfocándose en el ahorro y ampliación de cobertura. Dicha capacitación será efectuada por un Capacitador empresarial, puesto que, dicha actividad permite desarrollar ciertas habilidades en los individuos que logra cambios en actitudes y conductas, actualización a los profesionales en su mejora continua y lo más importante optimiza procesos y enmienda errores que se da en el trabajo. La duración será cada quince días durante 4 meses, cuyo formato será online y presencial.

### **Elementos tangibles**

#### ***Estrategia: Control en procesos de adquisición de medicamentos e insumos***

En el sector Público, se plantea presentar un proyecto de ley para la actualización del método de compra de medicamentos e insumos, esto hace referencia a las continuas quejas por desabastecimiento ante eventos, que podrían suceder en cualquier momento, por tal razón la propuesta es que debería existir solo un organismo a nivel nacional que controle y asesore a las direcciones o zonas provinciales del país, para la adquisición de medicamentos e insumos, de la siguiente manera:

1. Un catálogo electrónico que incluya precios techos y todos los medicamentos y dispositivos médicos que se expidan en el territorio ecuatoriano. La misma que deberá actualizarse cada año, por precios, nuevas presentaciones, nuevos medicamentos o insumos, etc.
2. Cada institución pública (hospital de seguridad social) contará con una dirección provincial, en el cual deberá conformarse un equipo multidisciplinario de profesionales en el sector de la salud, los mismos que deberán contar con conocimiento y experiencia en compras públicas, procesos de auditoría, administración, puesto que, se encargarán de las compras de lo antes mencionado.
3. Este equipo cuando realice la estimación, levantamiento de procesos deberá contar siempre con un invitado (profesional a fin de la necesidad), para que funcione como mediador de cada proceso.
4. Considerando a los administradores de contrato deberían ser parte de la dirección provincial, para que administre y controle lo que se adquiera en la bodega central.

5. Posterior a la distribución de los medicamentos e insumos deben ser de forma ordenada y planificada para evitar rupturas de stock en los hospitales a los cuales se los abastezca.
6. Llevar una retroalimentación de cuantos procesos de compra se han realizado en periodos de tiempo establecidos.

Esta propuesta de actualización al método de adquisición de los medicamentos e insumos, tienen la finalidad de optimizar tiempo, contar con un equipo especializado en el campo y realizar adecuadas compras y entregas de lo mismo, sin retrasos ni eventualidades.

En el sector privado, se propone realizar Seguimiento en los procesos de adquisición de medicamentos e insumos, con el fin de no perder tiempo y realizar una entrega inmediata del mismo al usuario.

### **Capacidad de Respuesta**

#### ***Estrategia: Monitoreo constante de procesos***

En el sector Público, se plantea implementar un software, el cual permita agilizar el monitoreo a través de alertas, reportes en tiempo real, consiguiendo la solución ante un nudo crítico. Este software depende de la complejidad del tipo seguro médico privado que sea, para lo cual hay una serie de consideraciones que se debe tomar en cuenta para implementar, tales como:

- Identificación de las necesidades de la institución.
- Conocer los procesos que se realizan en la empresa.

- Detallar las especificaciones del Software
- Diseñar el software
- Realizar una fase de pruebas que permitan validar el software
- Instalación del software

En lo privado, se sugiere activar el servicio post contratación, el cual consiste en atender al usuario durante el proceso, conocer su experiencia con el seguro médico; lo cual genera lealtad y fidelidad a la aseguradora, el mismo que debe realizarse de forma periódica.

## **Seguridad**

### ***Estrategia: Asesoramiento pre y post contratación***

En el sector Público, Reactivar el servicio de Call Center, en el cual se gestione y solucione los percances, de modo que el personal oriente al usuario.

Para reactivar el servicio de Call Center en el sector público, se debe realizar al siguiente detalle:

- Lista de los procesos y necesidades que requiere el servicio para funcionar.
- Desarrollar un plan de automatización, este paso se refiere a conocer las necesidades frecuentes y generales, para así ir derivando al empleador que se encuentra en la llamada con el usuario.
- Capacitar al personal, deben contar con conocimiento de la mayoría de procesos que realiza la institución, marketing y psicología del usuario.

- Centro de retroalimentación de los datos que se recoja en cada llamada, para así dar seguimiento y control.
- Crear una base de datos que permita optimizar las experiencias de los usuarios.

En el sector privado, se plantea llevar a cabo visitas rotativas y al azar a los asegurados, con el propósito de medir el grado de satisfacción con respecto al servicio otorgado. Estas personas son mejor conocidos como agentes de seguros, los mismos que deben cumplir con un perfil, de promocionar los servicios a usuarios existentes y nuevos. Despejar las dudas y preguntas que tengan los usuarios

## **Empatía**

*Estrategia: Uso de la tecnología para el cumplimiento de expectativas de los usuarios*

En el sector Público, el uso de la tecnología en el ámbito empresarial, en la actualidad representa innovación, por lo tanto, el sector público no debe estancarse, razón por lo cual se debe repotenciar las redes sociales con la finalidad de aumentar la participación y comunicación.

En el sector privado, realizar la apertura de aplicaciones, cuya plataforma permita al usuario obtener información relevante ante cualquier inquietud, mediante reportes, estadísticas e incluso tips o consejos que logre despertar interés en el usuario.

**Tabla 2.** Plan de Actividades (2020)

<b>DIMENSION</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>SEGURO MEDICO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>CONFIABILIDAD</b>	COACHING AL PERSONAL	PÚBLICO	La capacitación empresa-empleado, debe efectuarse de manera que los empleados conozcan el entorno organizacional, operatividad, beneficios, entre otros; logrando que el individuo se involucre.	<b>Humano:</b> Personal de Talento Humano
		PRIVADO	El coaching en el ámbito privado, es directo al personal que atiende al usuario, puesto que el empleado es el canal de primer acceso al mismo. El empleado debe persuadir al usuario a contratar el seguro, enfocándose en el ahorro y ampliación de cobertura.	
<b>ELEMENTOS TANGIBLES</b>	CONTROL EN PROCESOS DE ADQUISICION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	PUBLICO	Presentar un proyecto de ley para la actualización del método de compra de medicamentos e insumos, la cual se consolida en un	<b>Humano:</b> Personal de Calidad, Compras y Jurídico

			<p>único sistema, evitando desabastecimiento y compras de precios elevados.</p>	
		PRIVADO	<p>Seguimiento en el proceso de adquisición de los medicamentos e insumos, con el fin de no perder tiempo y realizar una entrega inmediata del mismo al usuario</p>	
		PUBLICO	<p>Implementar un software, el cual permita agilizar el monitoreo a través de alertas, reportes en tiempo real, consiguiendo la solución ante un nudo crítico.</p>	<p><b>Tecnológico:</b> Software <b>Humano:</b> Personal de Talento Humano.</p>
<b><i>CAPACIDAD DE RESPUESTA</i></b>	MONITOREO CONSTANTE DE PROCESOS	PRIVADO	<p>Activar el servicio post contratación, el cual consiste en atender al usuario durante el proceso, conocer su experiencia con el seguro médico; lo cual genera lealtad y fidelidad a la aseguradora, el mismo que debe realizarse de</p>	<p><b>Económico:</b> Aproximadamente \$40000 a \$50000, la adquisición de un software.</p>

			forma periódica.	
<b>SEGURIDAD</b>	ASESORAMIENTO	PUBLICO	Reactivar el servicio de Call Center, en el cual se gestione y solucione los percances, de modo que el personal oriente al usuario.	<b>Humano:</b>
	PRE Y POST CONTRATACIÓN	PRIVADO	Llevar a cabo visitas rotativas a los asegurados, con el propósito de medir el grado de satisfacción con respecto al servicio otorgado	Personal de servicio al usuario
<b>EMPATÍA</b>	USO DE LA TECNOLOGÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	PUBLICO	El uso de la tecnología en el ámbito empresarial, en la actualidad representa innovación, por lo tanto, el sector público no debe estancarse, razón por lo cual se debe repotenciar las redes sociales con la finalidad de aumentar la participación y comunicación.	<b>Humano:</b> Personal de Tics <b>Tecnológico:</b> Software. <b>Económico:</b> Aproximadamente \$40000 a \$50000, la adquisición de un software

---

PRIVADO

Realizar la apertura de aplicaciones, cuya plataforma permita al usuario obtener información relevante ante cualquier inquietud, mediante reportes, estadísticas e incluso tips o consejos que logre despertar interés en el usuario.

---

### Análisis de costos

**Tabla 3.** Análisis de costos referenciales (2020)

DIMENSIONES	ELEMENTO	VALOR REFERENCIAL
	Adquisición de software	\$40.000,00
• <b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>	Materiales, dispositivos electrónicos e informáticos	\$800.000,00
	Mantenimiento del sistema	\$6.000,00
• <b>EMPATÍA</b>	Capacitación al personal como: programador, operadores y usuarios finales	\$1.500,00

---

Publicidad y marketing	\$10.000,00
<b>TOTAL REFERENCIAL:</b>	<b>\$857.500,00</b>

La tabla 3 indica los elementos y valores referenciales que se necesitan para ejecutar el plan de actividades de acuerdo a las dimensiones referentes a lo económico, por lo que se evidencia un análisis de costos aproximados, los cuales servirán de guía para su futura gestión para la mejora de satisfacción de los servicios de seguros médicos a los usuarios.

### **Fundamentación Legal**

En la siguiente tabla se indican las principales leyes, normativas y resoluciones que en la actualidad rigen en el país ecuatoriano, cabe mencionar que ciertas normativas deberían actualizarse de acuerdo a las necesidades que se presentan diariamente.

**Tabla 4.** Fundamentación Legal

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>AÑO</b>	<b>RESUMEN</b>
<b><i>LEY DE SEGURIDAD SOCIAL</i></b>	2001	La Ley de Seguridad Social, establece las Prestaciones de Salud, consistente en el Seguro General de Salud Individual y familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, obviamente con la característica de reunir los requisitos previos para dar paso a esto.

**CONSTITUCIÓN DE LA  
REPÚBLICA DEL  
ECUADOR**

2008

En el artículo 34, establece: *"La Constitución de la República del Ecuador, establece: "El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo".*

**LEY DE MEDICINA  
PREPAGADA  
Y SEGUROS DE  
ASISTENCIA MEDICA**

2017

El reglamento a la Ley Orgánica que regula a las compañías que prestan servicios de atención de salud prepagada y cobertura de asistencia médica, dispone que la prestación de servicios por parte de las compañías podrá ofertar mediante terceros prestadores siempre y cuando cumplan con sus obligaciones. En cuanto al funcionamiento, la autorización depende del capital suscrito y pagado, lineamientos, estudios de factibilidad y plan de negocios. El financiamiento de servicios de salud, las compañías deben estar con una capacidad financiera correcta para asumir las prestaciones ofertadas. Tener un alcance claro de los servicios prestados y detallados en los contratos.

En lo que concierne a las tarifas, requieren previa autorización por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, y las cuotas deben basarse en la tabla de morbilidad.

Menciona sobre las preexistencias, las cuales se

		considera cualquier enfermedad, patología o condición que el usuario conoce con anterioridad al contrato.
<b><i>REGLAMENTO DE RECLAMOS Y RECURSOS EN MATERIA DE SEGUROS.</i></b>	2018	<p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, menciona que se podrá presentar reclamos administrativos, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La empresa de seguros no pague la indemnización, renta o capital.</li> <li>• La aseguradora acepte el siniestro y posterior a esto, exista controversia.</li> <li>• Se formule objeciones fuera de tiempo por parte de la aseguradora.</li> </ul>
<b><i>REGLAMENTO DE ASEGURAMIENTO, RECAUDACION Y GESTION DE CARTERA, IESS</i></b>	2018	La Ley de Seguridad Social determina que el IESS administrará directamente las funciones de afiliación, recaudación de aportes y contribuciones al Seguro General Obligatorio y a través de las direcciones especializadas de cada seguro, administrará las prestaciones que le corresponde otorgar
<b><i>Resolución ACESS-2019-0027 Certificación del cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario</i></b>	2019	La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) expidió esta normativa técnica para obtener la certificación del cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario en los contratos, planes/programas que ofertan las compañías de medicina prepagada y seguros de asistencia médica. Esta norma establece requisitos y procedimientos, en los cuales las compañías de Medicina Prepagada y Seguros de asistencia Médica obtengan certificados de cumplimiento.
<b><i>REFORMAR LA NORMA PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ASESORES PRODUCTORES DE</i></b>	2020	La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros mediante resolución podrá disponer la actualización del registro de los certificados de autorización, misma que se realizará a través de una convocatoria general publicada en el portal web.

---

***SEGUROS, PERITOS DE  
SEGUROS E  
INTERMEDIARIOS DE  
REASEGUROS,***

---

**Impacto social**

Considerando el análisis comparativo de seguros de salud que se ha realizado en el presente proyecto de investigación, la siguiente propuesta ayudará a los usuarios a obtener una perspectiva clara de los beneficios y riesgos que conlleva tener un seguro médico en la actualidad. La seguridad social y la empresa privada, en los últimos años se evidencia mejoramiento en ciertos aspectos, no obstante, los ciudadanos no están completamente convencidos en contratar este servicio debido a inconsistencias en el Estado, lo que genera inquietud y pierde credibilidad, por tal razón esta propuesta, es la iniciativa de conocer a fondo la rentabilidad de estar afiliado o asegurado. De igual manera esto permite fomentar la gran importancia de contratar ante casos de emergencias, que existen variedad en el mercado de seguros, con planes accesibles y grandes coberturas, optimizando tiempo y dinero.

## Conclusiones

En este estudio se resalta los distintos pensamientos y puntos de vista que tienen las personas que necesitan o no un seguro privado, siendo este muy difícil escoger por el tema si conviene o no como usuario, por lo cual se necesitan intermediarios los cuales ayudan a las empresas y a los usuarios a escoger el seguro privado más conveniente y orientado a la necesidad del usuario en si estos intermediarios son conocidos como bróker ya que unas de los motivos por los cuales son necesarios es que los seguros médicos están en un constante cambio y las necesidades como usuario pueden variar dependiendo de las necesidades y o enfermedades que están en un medio, en la actualidad los seguros privados tienen que competir con las garantías y atención que ofrece el seguro estatal, para facilitar a la larga una decisión al usuario.

Además, se concluye que en el marco metodológico propuesto para esta investigación contó con un enfoque cualitativo cuya técnica de recolección de datos fueron dos tipos de entrevistas, las cuales permitieron conocer y evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios de seguros médicos, evidenciándose que el sector público carece de organización en su gestión administrativa y poca capacidad resolutive, a diferencia del sector privado, el cual cuenta con recursos, sin embargo con limitada acogida de usuarios por diversos factores, tales como: crisis, desinformación, cultura y mal manejo de recursos.

Esta investigación ha permitido conocer que es importante contar con otro seguro ya que no siempre el estatal cubre del todo y con enfermedades que no son tan comunes en el país, lo más común es que los seguros privados se vean más atractivos por temas de atención inmediata en requerimientos como maternidad y operaciones que necesitan de especialistas calificados y con vasta experiencia en su especialidad, la salud de los usuarios varía dependiendo a su edad cuidado alimentación que en estas circunstancias podría ser decisivas en el momento de ir a una casa de salud, por eso es bueno tener varias opciones para ser atendido tanto en lo privado como en lo publico en cuestiones de seguros, ya que esto es decisivo en una emergencia médica,

La mayoría de las personas no se preparan para una situación de tal magnitud que puede ser o no una enfermedad crónica que necesite de un presupuesto bastante costoso y el usuario no cuente con los medios necesarios para solventar este gasto, es responsabilidad del ser humano prever este tipo de situaciones,

El usuario siempre va a preferir la atención más personalizada y con un mejor diagnóstico y esto se logra con los implementos adecuados y de excelente tecnología, siempre tener en mente que se puede ser mejor, el seguro tiene que idear planes de acuerdos a las distintas enfermedades que puede tener un usuario, las personas afiliadas tienden a preferir casas de salud que tengan áreas de especialidades de todo tipo para una mejor atención,

El tema del usuario seria orientado en tener el mejor bróker ya que esto ayuda a que se elija un mejor seguro y a valorar y conocer más del seguro estatal que por ley si formo parte de una dependencia laboral tengo que ser beneficiado de este seguro y

conocer sus ventajas y desventajas, conocer hasta cuanto me puede cubrir, este estudio está enfocado en que si eres una persona que goza de un seguro médico privado o estatal tiene que ser valorado por el simple hecho de ser un ser humano que la atención tiene que ser de calidad y con procesos establecidos y estudiados a cabalidad y con fuentes fidedignas que funcionan.

Se debería buscar una implementación de planes de seguro de salud que traten de fusionarse con el seguro médico público, esto generaría una amplia gama de posibles evitando inconvenientes. Por lo tanto, facilitaría el proceso y disminuiría la intervención de responsables políticos actuando como intermediarios, teniendo en cuenta que ellos están para maximizar los beneficios y minimizar los problemas de salud de la sociedad.

## **Recomendaciones**

Al finalizar el proyecto de investigación es notable que la prestación de servicios de salud en el ámbito público y privado en el país, tienen un fin común que el usuario sienta que sus necesidades han sido satisfechas, al garantizarle atención médica oportuna y de calidad, motivo por el cual se recomienda que los seguros médicos públicos y privados, implementen las propuestas planteadas, considerando que en el país existe un alto porcentaje de insatisfacción en los usuarios.

Además, se sugiere que luego de analizar las propuestas planteadas e implementarlas, se debe realizar evaluaciones constantes dentro de tiempos determinados, sobre el cumplimiento de las mismas, con la finalidad de observar y cuantificar la satisfacción del usuario.

Por otro lado, se propone tener un control estandarizado en procesos pre y post contratación de seguros médicos, lo cual permita obtener una comunicación directa y preferencial con cada usuario, dando como resultado que mientras más chequeos médicos se realice el usuario ayudará a detectar a tiempo, problemas de salud que se puedan generar a futuro.

Se recomienda al seguro médico público, fortalecer campañas de prevención, medicina alternativa, de modo que los usuarios cuenten con varias opciones que se ajusten a sus necesidades, sin saturar el sistema público y el bienestar del paciente.

En definitiva, se aconseja al gobierno mejorar y mantener la calidad de funcionamiento del mercado de seguros médicos públicos y privados, asegurando una competencia efectiva y eficaz, lo cual impulsa la actividad económica del país.

Finalmente se recomienda profundizar la investigación en los resultados obtenidos, puesto que, la demanda de seguros médicos hoy en día se ha convertido en una necesidad prioritaria en la población, ante eventualidades inesperadas, logrando un balance de características de ambos seguros médicos y por ende brindar simultáneamente un servicio de calidad.

## Referencias

- Adegboyega, Adebola, Chigozie A. Nkwonta, and Jean Edward. 2020. "Health Insurance Literacy among International College Students: A Qualitative Analysis." *Journal of International Students* 10(1):50–68.
- Aguilar, E. 2011. "Problemas Frecuentes En La Salud Mental y Su Abordaje En El Nivel Primario de Atención."
- Al-Hanawi, Mohammed Khaled, Omar Alsharqi, Saja Almazrou, and Kirit Vaidya. 2018. "Financiación de La Asistencia Sanitaria En El Reino de Arabia Saudita: Un Estudio Cualitativo de Las Actitudes En Los Hogares." *Applied Health Economics and Health Policy* 16(1):55–64.
- Allen, Jaime, Juan Carlos Muñoz, and Juan de Dios Ortúzar. 2019. "Understanding Public Transport Satisfaction: Using Maslow's Hierarchy of (Transit) Needs." *Transport Policy* 81(October 2018):75–94.
- Anabila, Peter, Desmond Kwadjo Kumi, and Janet Anome. 2019. "Patients' Perceptions of Healthcare Quality in Ghana: A Review of Public and Private Hospitals." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 32(1):176–90.
- Andrade, F. 2019. "Efectos En El Trabajo Formal Producto de La Extensión de Cobertura Del Seguro de Salud a Cónyuges. Experiencia Del Ecuador." Flacso Ecuador.
- Arrieta, Alejandro. 2016. "Seguro De Salud Y Principio Contributivo De La Seguridad Social En Los Estados Unidos De América." *Revista Latinoamericana de Derecho*

*Social* 23:3–30.

Asamblea Nacional Constituyente. 2008. *Constitución de La República Del Ecuador*.

Banchón, J. 2020. “Análisis Sectorial y Su Relación Con La Competitividad Del Sector Asegurador de La Ciudad de Guayaquil , Periodo 2015-.” Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Benavides, F. 2019. “Nivel de Satisfacción En Los Beneficiarios Del SIS (Seguro Integral de Salud) Modalidad Gratuita, En Relación a La Atención de Salud, En El Centro de Salud José Leonardo Ortiz de La Provincia de Chiclayo 2018.” Universidad Señor de Sipan.

Bouzenita, Anke Imam, and Aisha Wood Boulanouar. 2016. “Maslow’s Hierarchy of Needs: An Islamic Critique.” *Intellectual Discourse* 24(1):59–81.

Bravo, G., and S. Mogro. 2017. “Inequidades Socioeconómicas En El Uso de Servicios Sanitarios de Atención Primaria En Ecuador.” *Estudios Gerenciales*.

Briones, O. 2018. “Nivel de Satisfacción Del Usuario En Relación a La Calidad de Atención En La Consulta Externa Del Hospital Natalia Huerta de Niemes, Del Cantón Rocafuerte.” Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Camino, Segundo., Natalia. Bermudez, Rosa. Herrera, Roddy. Mendoza, Natalia. Marquez, and Álvaro. Bayona. 2019. *Panorama Del Mercado de Seguros En Ecuador: 2015 - 2018*.

Cardozo, E. 2017. “La Satisfacción Del Cliente y Su Relación Con La Tendencia a La Baja de Los Niveles de Ventas Relativos En Andarpa Inversiones S.A.C En El Año 2017.” Universidad César Vallejo.

- Cauas, Daniel. 2015. "Definición de Las Variables , Enfoque y Tipo de Investigación." *Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)* 1–11.
- Ceballos, L., and L. Rodríguez. 2020. "Estrategia Para El Perfeccionamiento de La Asignatura Elementos de Investigación Cualitativa En Salud." *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*.
- Cevallos, S. 2014. "¿Qué Beneficios Otorga El IESS?" *Pérez Bustamante & Ponce*. Retrieved June 20, 2019 (<https://www.pbplaw.com/es/que-beneficios-otorga-el-iess/>).
- Chang, C. 2017. "Evolución Del Sistema de Salud de Ecuador: Buenas Prácticas y Desafíos En Su Construcción En La Última Década 2005-2014." *In Anales de La Facultad de Medicina*.
- Collahuazo, R. 2017. "Estrategias de Planificación Del Programa de Internado Rotativo Del Ministerio de Salud Pública Del Ecuador." Universidad de las Américas.
- Day, Ralph. 1997. "'Extending the Concept of Consumer Satisfaction.'" Pp. 149–54 in *Advances in Consumer Research*. Atlanta: Association for Consumer Research.
- Deming, Edwards. 1986. *Out of the Crisis Cambridge*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Díaz, N., and J. Mera. 2017. "Institucionalidad Del IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social." *Espirales Revista Multidisciplinaria de Investigación*.
- Duckett, Stephen, and Kristina Nemet. 2019. *The History and Purposes of Private Health Insurance*.
- Duque, E. &., and M. Parra. 2015. "Análisis de Los Modelos de Medición de Calidad

Percibida Del Servicio Aplicados En La Industria de Hospitalidad.” *Perspectiva Empresarial*.

Elizabeth, Alicia, Leyba Pacheco, Sucre Demóstenes, Félix Paniagua, Dra Mabel, Gómez Navarro, Enrique Ernesto, Julio Cambier Marmolejos, and Santo Domingo. 2018. “Análisis Sobre El Impacto Del Sistema de Autorizaciones En La Satisfacción de Clientes de Seguros de Salud Internacional Caso: Humano Seguros 2019.” Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Epstein, David. 2019. “¿Qué Revela Sobre El Sistema Público Sanitario La Contratación de Un Seguro de Salud Privado?” *Gaceta Sanitaria* (xx).

Espinosa, Verónica, Cecilia Acuña, Daniel De Torre, and Gina Tambini. 2017. “La Reforma En Salud Del.” *Revista Panamericana de Salud Pública* 1–3.

Fallatah, Rodwan Hashim Mohammed, Jawad Syed, Rodwan Hashim Mohammed Fallatah, and Jawad Syed. 2017. *A Critical Review of Maslow’s Hierarchy of Needs*.

Fernández, A., D. Arias, and C. Padilla. 2017. “Alianzas y Conflictos Entre Grupos de Interés de Un Hospital Militar: Aplicación Del Método Mactor.” *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 36:1–14.

Finkelstein, A., N. Mahoney, and M. Notowidigdo. 2018. “What Does (Formal) Health Insurance Do, and for Whom?” *Annual Review of Economics* 10.

García De la Cruz, Y., and J. Ogando. 2019. “Análisis Sobre El Impacto Del Sistema de Autorizaciones En La Satisfacción de Clientes de Seguros de Salud Internacional Caso: Humano Seguros 2019.” Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

- García, Oscar, Bibiana Vallejo, and Claudia Mora. 2015. "La Calidad Desde El Diseño: Principios y Oportunidades Para La Industria Farmacéutica." *Estudios Gerenciales* 31(134):68–78.
- García, T., L. García, R. González, J. Carvalho, and S. Catarreira. 2016. "Revisión Metodológica de La Triangulación Como Estrategia de Investigación." *CIAIQ2016*.
- Garrido, P., and L. Cabrera. 2020. "Percepción de La Calidad Del Servicio: Una Mirada Desde La Perspectiva Del Sector de La Salud." *Encuentros*.
- Gómez, P., and E. Martínez. 2018. "Diseño de Estrategias de Marketing Para El Grupo Hospitalario Kennedy En La Ciudad de Guayaquil." Universidad de Guayaquil.
- Gorji, H., S. Mousavi, A. Shojaei, A. Keshavarzi, and H. Zare. 2018. "The Challenges of Strategic Purchasing of Healthcare Services in Iran Health Insurance Organization: A Qualitative Study." *Electronic Physician*.
- Gupta, Shalu, and Pooja Tripathi. 2016. "An Emerging Trend of Big Data Analytics with Health Insurance in India." *In 2016 International Conference on Innovation and Challenges in Cyber Security (ICICCS-INBUSH)* 64–69.
- Hermida, D. 2015. "Satisfacción de La Calidad de Atención Brindada a Los Usuarios de La Consulta Externa Del Centro de Salud." Universidad de Cuenca.
- Hernández, Fernández, and Baptista. 2014. *Metodología de Investigación*. México D.F: McGrwa- Hill Education.
- Hidalgo, P. 2017. "Las Directrices Sobre Derecho a La Alimentación y Su Correspondencia Con La Constitución Del Ecuador." *Revista AFESE*.
- Jaráiz., Erika, Nieves Lagares., and María Pereira. 2013. "Los Componentes de La

- Satisfacción de Los Pacientes y Su Utilidad Para La Gestión Hospitalaria.” *Revista Espanola de Ciencia Politica* 1(32):161–81.
- Jaramillo, Gabriela. 2019. “Plan de Mejora Continua Basado En El Modelo Gerencial de Deming En Una Empresa de Salud Prepagada En El Periodo de Diciembre 2018 a Abril 2019.” Universidad San Francisco de Quito.
- Jhonston, E., E. Ospina, A. Mendoza, and R. Roncal. 2018. “Enfermedades Registradas Por Contingencia Laboral En Descansos Médicos Emitidos En La Seguridad Social de Salud Peruana 2015-2016.” *Acta Médica Peruana*.
- Juran, J. 1990. *Juran y La Planificación Para La Calidad*. Ediciones.
- Kagan, J. 2019. “What Is Health Insurance?” *Investopedia*.
- Leal, Antonio, and Antonio Carmona. 1998. “La Teoría de Los Dos Factores En La Satisfacción Del Cliente.” *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de La Empresa* 4(1):53–80.
- Lindes. 2016. “¿Qué Son Las Condiciones Particulares, Generales y Especiales de Una Póliza?” *LINDES*. Retrieved (<https://lindesmelide.com/faqs/que-son-las-condiciones-particulares-generales-y-especiales-de-una-poliza/#:~:text=Las Condiciones Generales son el,emitidos en un determinado ramo.&text=Las Condiciones Particulares reflejan los datos propios e individuales>).
- Llanos, R., R. Ramírez, M. Palacios, C. Flores, A. Borda, R. Castillo, and Y. Hurtado. 2019. “Encuesta de Salud En Un Sistema Sanitario Peruano (ENSSA): Diseño, Metodología y Resultados Generales.” *Revista de Saúde Pública*.
- Loor, J. 2019. “Estudio de La Satisfacción Del Servicio de Salud En El Seguro Social

- Campesino En Manabí, Ecuador En El Año 2017.” Universidad Espíritu Santo.
- Mamani, Ernesto. 2018. “Satisfacción Del Usuario Externo En La Calidad Del Servicio Del Centro de Salud Viñani de Tacna.” Universidad César Vallejo.
- Mansilla, Jordi. 2017. “Estudio Sobre La Calidad Percibida En Clientes de Seguros de Particulares. Aplicación de La Función Quality Function Deployment (QFD).” Universidad Ramon Llull.
- Mantilla, Aldo. 2014. “Universidad Nacional de Cajamarca.” *Universidad de Cajamarca* 3(3–24):2014.
- Massip, C., R. Ortiz, M. Llantá, M. Peña, and I. Infante. 2008. “La Evaluación de La Satisfacción En Salud: Un Reto a La Calidad.” *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Matabay, C., G. Salazar, and R. Valdiviezo. 2014. “Evaluación Del Impacto Del Seguro Médico Privado En Las Condiciones de Salud y Bienestar Del Beneficiario de La Compañía de Seguros Pan American Life Insurance Group, Ubicada En La Ciudad de Quito.” Universidad Politecnica Salesiana Sede Quito.
- Matsumoto, R. 2014. “Desarrollo Del Modelo SERVQUAL Para La Medición de La Calidad Del Servicio En La Empresa de Publicidad Ayuda Experto.” *Revista Perspectivas*.
- Mazuelos, Gisella. 2015. “Modelos Chain Ladder Estocásticos y Aplicaciones Al Cálculo de Reservas En Compañías de Seguros.” Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Meléndez, Neyra. 2019. “Satisfacción Del Usuario de Servicios Sanitarios: El Constructo Psicológico.” *Revista de Salud Pública* 23(3):49–55.

- Mogollón, Eduardo. 2019. “Modelo de Gestión de Calidad Total Sustentado En Las Teorías de Henry Fayol y de Edwards Deming Para Mejorar Los Procesos de Dirección y Control Que Afectan La Administración Educativa de La Institución Educativa ‘Fidel Oyola Romero’ N° 055, Distrito de S.” Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Moncayo, S. 2016. “Elaboración Del Plan Estratégico de La Clínica Medicvalle Para Replantear El Modelo de Atención Del IESS Desde Los Prestadores Externos.” Universidad San Francisco de Quito.
- Montalvo, and Plasencia. 2015. *La Motivación: Comportamiento Organizacional*.
- Mosquera, S., and C. Vargas. 2019. “Análisis Del Mercado de Seguros Médicos En Las Urbanizaciones Del Cantón Daule, Para Implementar Estrategias de Promoción En La Empresa MEDIGLOBAL SA (Sede La Aurora) Para El Período 2018-2019.” Universidad de Guayaquil.
- Nañez, Victoria. 2018. “Análisis Comparativo de La Calidad de Atención de Los Servicios de Salud y La Satisfacción de Los Usuarios Externos Del Área de Emergencia Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y El de Medicina Prepagada En El Cantón Samborondón, Guayas Ecu.” Universidad Católica Satiago de Guayaquil.
- Naranjo, Juan. 2018. “Ecuador: Un Análisis de La Profundización Del Sistema Privado de Seguros Período 2005-2015.” Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Núñez, J., M. Quintero, M. Amezquita, and M. Montenegro. 2019. “La Investigación Cualitativa Como Paradigma Emergente En La Investigación En Enfermería.” *La*

*Investigación Como Recurso Para Fortalecer El Desarrollo Educativo.*

- OIT. 2017. “La Protección Social Universal Para Alcanzar Los Objetivos de Desarrollo Sostenible.” in *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019*. Ginebra.
- OMS. 2019. “Manual de Gerencia de La Calidad.” *Organización Mundial de La Salud*.
- OMS. 2020. “Organizacion Mundial de La Salud.” *¿Cómo Define La OMS La Salud?*  
Retrieved (<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>).
- Owusu, K., R. Lumor, and F. Acheampong. 2019. “Service Quality in Public and Private Hospitals: A Comparative Study on Patient Satisfaction. Management.”  
*Management International Journal of Healthcare Management*.
- Picoita, C., and E. Sánchez. 2018. “Políticas de Selección Del Personal y Satisfacción Del Cliente En Hospitales Públicos Del Ecuador.” *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 37(1):1–6.
- Pincay, R. 2019. “Estudio de Factibilidad Previo a La Implementación de Un Seguro de Salud Privado Con Una Cobertura Extendida.” Universidad de Guayquil.
- RAE. 2020. “Diccionario de La Lengua Española.” *Real Academia Española*.
- Ramos, Xavier. 2019. “El Universo.” *Seguros Privados Han Pagado Por Reclamos El 44% de Lo Recaudado En El 2019*.
- Recarte, A. 2020. “Salud y Trabajo Docente - Investigación Cualitativa.” *New Trends in Qualitative Research* 2:96–105.
- Rodriguez, L. 2016. “La Calidad En Salud Un Concepto Histórico Vigente.” *Revista Ciencia y Cuidado*.
- Roig, E. 2019. “El Seguro: El Asegurado En El Seguro de Daños y El Seguro de Vida.”

Universidad de Jaén.

Rojas, G. 2018. “Calidad de Servicio y Satisfacción Del Cliente En La Librería Servicio Educativo Hogar y Salud (SEHS) Sede Tarapoto, 2018.” Universidad Peruana Unión.

Rojas, Lilian. 2017. “Protocolo de Trato Al Usuario Interno y Externo.” 1–25.

Samaniego, Hernan. 2018. “Un Modelo de Gestión Para Una Empresa de Medicina Prepagada Utilizando Dinámica de Sistemas.” *Revista Ingeniería* 23(3).

Sanchez, F. 2019. “Fundamentos Epistémicos de La Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos.” *Rev. Digit. Invest. Docencia Univ.*

Sanchez, J. 2020. “Asegurados.” *Economipedia*. Retrieved (<https://economipedia.com/definiciones/asegurado.html>).

Sánchez, Y., L. Suárez, and A. & Fernández. 2017. “Calidad En Salud. ¿Un Sistema Complejo?” *Revista de Información Científica Para La Dirección En Salud*.

Sarker, Abdur Razzaque, Marufa Sultana, Sayem Ahmed, Rashidul Alam Mahumud, Alec Morton, and Jahangir A. M. Khan. 2018. “Clients’ Experience and Satisfaction of Utilizing Healthcare Services in a Community Based Health Insurance Program in Bangladesh.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(8).

Schettini, P., and I. Cortazzo. 2015. “Análisis de Datos Cualitativos En La Investigación Social: Procedimientos y Herramientas Para La Interpretación de Información Cualitativa.” Universidad Nacional de La Plata, La Plata (Argentina).

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2017. *Plan Nacional de Desarrollo*

2017-2021.

- Sieverding, Maia, Cynthia Onyango, and Lauren Suchman. 2018. "Private Healthcare Provider Experiences with Social Health Insurance Schemes : Findings from a Qualitative Study in Ghana and Kenya." *Plos One* 1–22.
- Silva, G. 2017. "Servicio Al Cliente En El Sector Asegurador." Universidad Militar Nueva Granada.
- Skinner, Jonathan., Katherine. Baicker, and Mark. Shepard. 2019. "Does One Medicare Are Fit All- The Economics of Uniform Health Insurance Benefits." *The National Bureau of Economic Research*.
- Suárez, J., and L. Sacoto. 2017. "LA CONSTITUCIÓN ECUATORIANA DE 2008 Y EL PRECEDENTE CONSTITUCIONAL." *Revista Turis*.
- Sucre, L., and J. Cedeño. 2019. "Un Recorrido Al Proceso de Mediación, Análisis y Teorización En La Investigación Cualitativa." *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*.
- Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. 2015. "La Competencia de Seguros La Asumió La Superintendencia de Compañías Desde Septiembre Del 2015." *Superintendencia de Compañías de Compañías, Valores y Seguros*. Retrieved July 10, 2019 (<https://www.supercias.gob.ec/portalscv/s/>).
- Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. 2018. *Especial de Seguros*.
- Tacunan, B. 2017. "Caracterización de La Calidad de Servicio Bajo El Modelo SERVPERF En Las Micro y Pequeñas Empresas Del Sector Servicios-Rubro Restaurantes En El Distrito de Huari." Universidad Católica los Ángeles de

Chimbote.

Terán, Luis, and Fernando Sandoya. 2017. “Diseño y Evaluación Actuarial de Un Plan de Medicina Prepagada Para Personas Mayores de 50 Años En El Ecuador.”

*Revista Tecnológica ESPOL* xx.

Torres, Jaime, and Ignacio Luna. 2017. “Evaluación de La Percepción de La Calidad de Los Servicios Bancarios Mediante El Modelo SERVPERF.” *Contaduría y*

*Administración* 62(4):1270–93.

Torres, M., and C. Vásquez. 2015. *Modelos de Evaluación de La Calidad Del Servicio:*

*Caracterización y Análisis*. Venezuela.

Tse, David K., and Peter C. Wilton. 1990. “Consumer Satisfaction as a Process.”

*Psychology & Marketing* 7(3):177–93.

Vergara, N., and J. Terranova. 2017. “Institucionalidad Del IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.” *Espirales Revista Multidisciplinaria de Investigación* (1):1–

4.

Villacis, H. 2019. “Compras Públicas y Rentabilidad En Las Empresas Del Sector

Asegurador Ecuatoriano.” Universidad Técnica De Ambato.

Vizcaino, A., V. Marín, and J. Barraxa. 2018. “Evaluación Del Servicio de Urgencias En

Un Hospital Público a Través Del Modelo Servperf.” *Red Internacional de*

*Investigadores En Competitividad* 10(1).

Westbrook, R., and M. Reilly. 1983. “Value-Percept Disparity: An Alternative to the

Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction.” Pp. 256–61 in

*Advances in Consumer Research Volume 10*, edited by A. A. Richard P. Bagozzi

and Alice M. Tybout. Association for Consumer Research.

Westreicher, G. 2018. "Seguros." *Enciclopedia Financiera*. Retrieved

(<https://economipedia.com/definiciones/seguro-de-enfermedad.html>).

Yalina, C. 2020. "Aprendizaje de La Investigación Cualitativa En Salud Para Enfermería

a Través de La Herramienta Exelearning." *In CPROINFO ORIENTE*.

Yáñez, P., and R. Saríh. 2019. "Estudio de Factibilidad Previo a La Implementación de

Un Seguro de Salud Privado Con Una Cobertura Extendida." Universidad Laica

Vicente Rocafuerte.

## Apéndices

### ENTREVISTA A. (PRIVADOS)

## ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS

### Información general

Por favor, invierta unos pocos minutos de su tiempo para responder las siguientes preguntas cuyo propósito es determinar la diferencia de satisfacción que presentan los usuarios de seguros médicos privados y públicos

#### 1. Género

Masculino

Femenino

#### 2. Edad

18 a 33 años

34 a 49 años

50 a 65 años

+ 66 años

#### 3. ¿Cuántos años va aportando a su seguro médico privado?

1 – 3 años

4 – 6 años

7 – 10 años

+ 11 años

Otro

#### **Preguntas relacionadas con el cuestionario SERVPERF**

- 4. ¿En qué forma lo atienden los profesionales de su seguro médico en cuanto al interés y al conocimiento que demuestran para garantizar la atención de salud?**
- 5. ¿Con qué elementos tangibles (instituciones de salud nacionales e internacionales, insumos médicos, medicina, equipos, traslado, etc.) su seguro médico le garantiza la atención de su salud en caso de necesitarla?**
- 6. Desde su experiencia, ¿podría enlistar aspectos positivos o negativos acerca de la capacidad de respuesta (tiempo de espera, calidad de atención, etc.) de los servicios de salud otorgados por el seguro médico privado?**
- 7. ¿Cuándo llama a su seguro para consultar acerca de los procesos a seguir para una atención médica, la persona que lo atiende le transmite confianza y le demuestran capacidad de organización? Explique su respuesta.**
- 8. ¿Cuándo llama a su seguro médico para que lo guíe en la contratación de servicios de salud, siente que las personas que la atienden son empáticas con usted o su familia? Explique su respuesta.**

**ENTREVISTA B. (PÚBLICOS)****ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE SEGUROS  
MÉDICOS PRIVADOS Y PÚBLICOS****Información general**

Por favor, invierta unos pocos minutos de su tiempo para responder las siguientes preguntas cuyo propósito es determinar la diferencia de satisfacción que presentan los usuarios de seguros médicos privados y público

**1. Género**

Masculino

Femenino

**2. Edad**

18 a 33 años

34 a 49 años

50 a 65 años

+ 66 años

**3. ¿Cuántos años va aportando a su seguro médico público?**

1 – 3 años

4 – 6 años

7 – 10 años

+ 11 años

Otro

#### **Preguntas relacionadas con el cuestionario SERVPERF**

- 4. ¿En qué forma lo atienden los profesionales de su seguro médico en cuanto al interés y al conocimiento que demuestran para garantizar la atención de salud?**
- 5. ¿Con qué elementos tangibles (instituciones de salud nacionales e internacionales, insumos médicos, medicina, equipos, traslado, etc.) su seguro médico público le garantiza la atención de su salud en caso de necesitarla?**
- 6. Desde su experiencia, ¿podría enlistar aspectos positivos o negativos acerca de la capacidad de respuesta (tiempo de espera, calidad de atención, etc.) de los servicios de salud otorgados por el seguro médico público?**
- 7. ¿Cuándo llama a su seguro médico público para consultar acerca de los procesos a seguir para una atención médica, la persona que lo atiende le transmite confianza y le demuestran capacidad de organización? Explique su respuesta.**
- 8. ¿Cuándo llama a su seguro médico público para que lo ayuden a resolver inquietudes acerca de los servicios de salud que ofrecen, siente que las**

**personas que la atienden son empáticas con usted o su familia? Explique su respuesta.**

Tomado de Haque, M., & Sultan, Z. (2019)

Gracias por su colaboración.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Luisa Nathaly Trujillo Macas, con C.C: # 1105889677 autora del trabajo de titulación: *Estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos*, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 de noviembre de 2020

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Luisa Nathaly Trujillo Macas  
C.C: 1105889677

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Estudio comparativo de satisfacción al usuario de seguros médicos privados y públicos.		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Trujillo Macas, Luisa Nathaly		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Bajaña Villagómez, Yanina Shegía Núñez Lapo, María de los Ángeles		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	23 de noviembre de 2020	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	106
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Satisfacción al usuario, salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Seguros médicos, SERVPERF, cualitativo, dimensiones, satisfacción y usuario.		
<b>RESUMEN:</b>	<p>El presente proyecto de investigación tiene como finalidad comparar la satisfacción que presentan los usuarios de seguros médicos privados y públicos, de la ciudad de Guayaquil. Este estudio tuvo enfoque cualitativo, método exploratorio y alcance analítico, cuya técnica de recolección de datos, se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas a 30 personas, de las cuales: 15 personas corresponden al seguro médico privado y las otras 15 personas pertenecen al seguro médico público; se realizó 8 preguntas en base a cinco dimensiones del modelo SERVPERF, un modelo de medición; como resultados se obtuvieron que los seguros médicos se encuentran marcados por diferencias notables, en las siguientes dimensiones tales como: confiabilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, las cuales inciden notablemente, en la decisión del usuario para contratar un seguro médico. Se desarrolló como propuesta diseñar un plan de estrategias para mejorar la satisfacción de los servicios que brindan los seguros.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-0994608801	E-mail: <a href="mailto:bqf.luisatrujillo@gmail.com">bqf.luisatrujillo@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-43804600/ 0997196258		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec">maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			