



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

**TEMA:
EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN RELACIÓN A
LA CALIDAD DE SERVICIOS PRESTADOS POR HUMANA S.A. EN
LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

**AUTORA:
ECON. MARÍA FERNANDA KRAVAROVICH GRANADOS**

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

**TUTOR:
ING. CHRISTIAN RONNY MENDOZA VILLAVICENCIO, 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 **Econ. María Fernanda Kravarovich Granados**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Christian Mendoza Villavicencio, Mgs.

REVISORA

Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D
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, María Fernanda Kravarovich Granados

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **“Evaluación del grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil”**, 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

María Fernanda Kravarovich Granados



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

AUTORIZACIÓN

Yo, María Fernanda Kravarovich Granados

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 académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Evaluación del grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios de salud prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil**, 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:

María Fernanda Kravarovich Granados



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

INFORME DE URKUND

URKUND

Documento: [TESIS.MA_FERNANDA_KRAVAROVICH_GRANADOS_final.docx \(033872599\)](#)

Presentado: 2020-11-04 22:57 (-05:00)

Presentado por: mkravarovich@gmail.com

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

Mensaje: [TESIS PARA REVISIÓN](#) [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 79 páginas, se componen de texto presente en 9 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Tesis Leda_Jenny Gulica_Maestría en gerencia de servicios de la Salud.docx
	RANGEL LOOR.docx
	TESIS FINAL - GENESIS ISABEL MATUTE POVEDA 18102020.docx
	MADRID RAMIREZ-octubre 2019-version final.docx
	Proyecto de Investigación 100% octubre.docx
	TESIS REAL 2020 LNTM ok.docx

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:

Evaluación del grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil

AUTOR: ECON. KRAVAROVICH GRANADOS, MARIA FERNANDA

Previo a la obtención del Grado Académico de:

MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR: ING. CHRISTIAN ROMMY MENDOZA VILLAVENCIO,

MGS.

Guayaquil, Ecuador 2020

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

Agradecimiento

En primer lugar, doy gracias a Dios, por darme la vida y la hermosa familia que tengo, quienes me apoyan incondicionalmente en cada meta que me he trazado a lo largo de mi vida

Gracias a mis padres por enseñarme a soñar en grande y por inculcarme que el ser humano nunca deja de aprender. A mi señora madre por ser mentora y mi ejemplo de lucha para alcanzar mis objetivos. A mi padre por sus palabras de aliento, apoyo y consejos dados para que sea perseverante y cumpla mis ideales.

A mi hermana, quien de una u otra manera ha ayudado en la realización y desarrollo de esta tesis.

A mi esposo por creer en mí y en mi capacidad, por ser ese pilar de apoyo durante las jornadas de estudio, por cada palabra de aliento en los momentos difíciles que hemos pasado.

Gracias por aportar cosas buenas y positivas a mi vida las mismas que me permiten volar alto.

A mi pequeña Victoria, por ser mi musa inspiradora para plantearme metas que me ayuden a superarme cada día. Gracias hija por las palabras de apoyo y aliento que me brindabas antes de irme a clases, las misma que me ayudaron para que hoy yo pueda ver mi meta realizada.

A mi tutor, Ing. Christian Mendoza, por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento, y por guiarme durante el desarrollo de esta tesis.

María Fernanda Kravarovich Granados

Dedicatoria

Llena de regocijo, orgullo, y felicidad dedico este proyecto a Dios y a mis seres queridos, quienes han sido los pilares fundamentales en donde encontré el apoyo que necesitaba para poder alcanzar esta meta que me propuse.

Es para mí una enorme satisfacción poder dedicarles a ellos este proyecto que con mucho trabajo, paciencia y esfuerzo logré culminar.

A mis padres, quienes son los pilares fundamentales en mi vida, los cuales a través de su lucha y tenacidad han sido ejemplo para mí y para mis hermanos; me han guiado y apoyado en todo momento, para que yo pueda alcanzar las metas que me he propuesto.

También dedico este proyecto, a mi amado esposo, mi compañero de fórmula, quien, a través de su apoyo y comprensión, permitió que pueda culminar con éxito este trabajo.

A mi hija María Victoria, quien es mi orgullo y motivación, porque con solo verte libras mi mente de todas las adversidades que se presenten y haces que cada día me supere en la carrera de ofrecerte siempre lo mejor. No es fácil, pero si no te tuviera junto a mí, no hubiera logrado las metas propuestas, siempre pensando en un mejor futuro para ti. Gracias por ser esa persona que me empuja a ser mejor cada día.

María Fernanda Kravovich Granados

Índice General

Agradecimiento.....	VI
Dedicatoria.....	VII
Resumen.....	XV
Abstract.....	XVI
Introducción	1
Antecedentes	4
Planteamiento de Investigación	6
Planteamiento del problema.....	7
Formulación del Problema.....	11
Justificación	11
Preguntas de Investigación.....	15
Hipótesis	15
Variables	15
Objetivos	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.	16
Capítulo I	17
Marco Teórico.....	17
Conceptos de Calidad	17
Teorías de la calidad	19
Teoría de Donadebian.....	19
Teoría de Deming.	20
Teoría de Crosby.....	21
Teoría de Carlzon.....	22
Teorías al respecto de la naturaleza de la satisfacción del cliente	24
Teoría de la Equidad.	24
Teoría de la atribución causal.	24

Teorías del desempeño o resultado.....	24
Teoría de las expectativas.....	25
Marco Conceptual.....	27
Seguros.....	27
Seguros de Salud.....	30
Cliente.....	32
Póliza de seguros.....	33
Prima.....	33
Período de carencia.....	34
Copago.....	34
Riesgo.....	34
Capital asegurado.....	35
Red de proveedores.....	35
Calidad.....	36
Servicio.....	37
Satisfacción.....	38
Satisfacción del usuario.....	39
Indicadores de seguros.....	41
Indicador: caída de la cartera.....	41
Indicador: producción nueva.....	42
Indicador calidad de gestión con el cliente.....	43
Indicador velocidad de liquidación de los siniestros.....	43
Indicador velocidad del cobro de los recibos.....	44
Indicador control de calidad.....	45
Indicador siniestralidad total.....	45
Capítulo II.....	46
Marco Referencial.....	46
Situación de Humana S.A.....	54

Misión.....	56
Visión.....	56
Valores.....	56
Organigrama Funcional.....	57
Funciones y responsabilidades departamentales.....	59
Departamento de Auditoría Médica.....	59
Departamento de Servicio al Cliente.....	59
Departamento de Liquidaciones.....	60
Departamento Comercial.....	61
Departamento de Talento Humano.....	63
Marco Legal.....	65
CAPITULO III.....	70
Marco Metodológico.....	70
Enfoque de investigación.....	70
Diseño de la investigación.....	72
Alcance de la investigación.....	72
Técnicas de recopilación de datos.....	72
Variables.....	76
Variable independiente.....	76
Variable dependiente.....	77
Población y Muestra.....	79
Fórmula.....	80
Tipos de Fuentes.....	80
Herramientas de análisis de datos.....	82
Análisis de Resultados.....	82
Resultados.....	86

Evaluación General de Resultados Obtenidos:	91
Evaluación General de Resultados Obtenidos: Dimensión calidad de servicios.	91
Evaluación General de Resultados Obtenidos: Dimensión satisfacción del usuario.	92
Relación entra calidad de servicio y satisfacción de los usuarios de la compañía Humana de la ciudad de Guayaquil.....	93
CAPÍTULO IV.....	102
Propuesta.....	102
Objetivo General	102
Objetivos Específicos.....	102
Beneficiarios	102
Justificación	103
Metodología	103
Departamento de Atención al Cliente.....	106
Departamento de Ventas.....	113
Departamento de Liquidaciones.	120
Departamento de Cobranzas.....	121
Departamento de Producción.....	122
Recursos.....	123
Calendario de Actividades.....	125
Perfiles para aspirantes a prestar servicios en la compañía Humana S.A.....	131
Lineamientos de Evaluación.....	131
Conclusiones.....	139
Recomendaciones	141
Referencias.....	143
Apéndices.....	152

Índice de Tablas

Tabla 1 Total de Ingresos y Tasa de Variación en los periodos 2017 – 2018	9
Tabla 2 Afiliados y Deserciones en los períodos 2017 – 2018.....	14
Tabla 3 Descripción de la estructura del cuestionario	75
Tabla 4 Operacionalización de Variables	78
Tabla 5 Asegurados por provincia 2020	79
Tabla 6 Medición Escala de Likert	82
Tabla 7 Análisis de confiabilidad del cuestionario para medir el grado de satisfacción de la calidad de los servicios brindados por Humana S.A.....	84
Tabla 8 Pregunta 1: Género del entrevistado.....	86
Tabla 9 Pregunta 2: Edad del Entrevistado.....	87
Tabla 10 Pregunta 3. ¿Cuál fue el último nivel de estudios que cursó de forma completa?	88
Tabla 11 Pregunta 4: ¿Qué tipo de póliza posee con Humana? (puede seleccionar más de una dependiendo su caso)	89
Tabla 12 Pregunta 5: ¿Cómo se enteró de Humana? (puede seleccionar más de una si Ud. lo cree conveniente)	90
Tabla 13 Dimensiones de Calidad de Servicios otorgados por Humana S.A. de acuerdo al grado de importancia para el usuario	91
Tabla 14 Dimensiones de Satisfacción del usuario otorgados por Humana S.A.....	92
Tabla 15 Correlaciones de Spearman entre las dimensiones y los componentes	94
Tabla 16 Escalas de correlación de Spearman.....	95
Tabla 17 Resultados de las dimensiones de Calidad	96
Tabla 18 Resultados de las dimensiones de satisfacción al cliente	99
Tabla 19 Canales de Atención	106

Tabla 20 Plan de mejora para el canal de servicio al cliente	107
Tabla 21 Propuesta de capacitación para el área de Servicio al Cliente, Contact Center y Cobranzas.....	108
Tabla 22 Plan de mejora para el canal de Contact Center	109
Tabla 23 Plan de mejora para el canal de Ventas	110
Tabla 24 Propuesta de capacitación para el área de Ventas	111
Tabla 25 Canales de Operatividad	113
Tabla 26 Plan de mejora para el canal de Liquidación	115
Tabla 27 Propuesta de capacitación para el área de Liquidaciones	116
Tabla 28 Plan de mejora para el canal de Convenios	117
Tabla 29 Plan de mejora para el canal de Cobranzas.....	118
Tabla 30 Plan de mejora para el canal de Producción	119
Tabla 31 Recursos para la implementación de la propuesta	123
Tabla 32 Presupuesto	124
Tabla 33 Calendario de Actividades del Departamento de Servicio al Cliente	125
Tabla 34 Calendario de Actividades del Departamento de Ventas	127
Tabla 35 Calendario de Actividades del Departamento de Liquidaciones	129
Tabla 36 Perfil del Trabajador de las Diferentes Áreas en Humana S. A.	131
Tabla 37 Criterios de cumplimiento	135

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Participación de la prima neta emitida por cada ramo del 2015 - 2018 (%)30	30
<i>Figura 2</i> Organigrama General Humana S. A.57	57
<i>Figura 3</i> Mapa de Procesos Humana S. A.....58	58
<i>Figura 4</i> Porcentaje de población con acceso a los seguros69	69
<i>Figura 5</i> Género del entrevistado86	86
<i>Figura 6</i> Edad del entrevistado.....87	87
<i>Figura 7</i> Nivel de estudios del entrevistado88	88
<i>Figura 8</i> Tipo de póliza89	89
<i>Figura 9</i> Medios de conocimiento.....90	90
<i>Figura 10</i> Resultados de las dimensiones de calidad de servicios91	91
<i>Figura 11</i> Resultados de las dimensiones de la satisfacción del usuario93	93
<i>Figura 12</i> Resultados de las dimensiones de calidad96	96
<i>Figura 13</i> Resultados de las dimensiones de satisfacción del cliente99	99
<i>Figura 14</i> Diagrama de flujo del departamento de ventas.....113	113
<i>Figura 15</i> Diagrama de flujo del departamento de Liquidaciones120	120
<i>Figura 16</i> Flujograma del departamento de Cobranzas.....121	121
<i>Figura 17</i> Flujograma del área de Producción122	122
<i>Figura 18</i> Diagrama de Gantt de Servicio al Cliente126	126
<i>Figura 19</i> Diagrama de Gantt del Departamento de Ventas.....128	128
<i>Figura 20</i> Diagrama de Gantt del Departamento de Liquidaciones130	130

Resumen

Actualmente los términos de calidad y satisfacción, generan controversias en las investigaciones de los servicios que prestan las aseguradoras, ya que hacen mucho énfasis en la medición de las percepciones y las expectativas de los usuarios. Este estudio se desarrolló basándose en investigaciones de diferentes autores que hicieron posible que se puedan dimensionar las variables de estudio para establecer como objetivo evaluar el grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil. La metodología aplicada fue de tipo descriptivo, no experimental, con un enfoque cuantitativo, desarrollada mediante una investigación de campo, aplicada a 382 asegurados. Los resultados que se obtuvieron en la encuesta, permitió conocer que existen problemas o debilidades con respecto a las liquidaciones, a los cobros, a la atención y a las ventas, lo que pone en evidencia las deficiencias debido al mal asesoramiento, a una atención poco personalizada y cordial. Cabe mencionar que también se evidenciaron problemas porque: existe dificultad para comunicarse con el Contact center, los horarios de atención restringidos en oficina y puntos externos, red de prestadores a nivel nacional limitada, trámites excesivos.

Se concluye que los asegurados de Humana perciben como baja satisfacción los aspectos relacionados con la deficiencia en el servicio y el contacto con el cliente, la demora en los procesos administrativos, duplicidad de cobros de primas, los mismos que tendrán incidencia en la satisfacción del asegurado.

Palabras clave: Servicios, expectativas, satisfacción, calidad, asegurado.

Abstract

Currently, the terms of quality and satisfaction generate controversy in the investigations of the services provided by insurers, since they place great emphasis on the measurement of the perceptions and expectations of users. This study was developed based on research by different authors that made it possible to size the study variables to establish the objective of evaluating the degree of satisfaction in relation to the quality of services provided by Humana S.A. in the city of Guayaquil. The applied methodology was descriptive, not experimental, with a quantitative approach, developed through field research, applied to 382 policyholders. The results obtained in the survey revealed that there are problems or weaknesses regarding settlements, collections, service and sales, which highlight the deficiencies due to poor advice, poorly personalized attention and cordial. It should be mentioned that problems were also evident because: there is difficulty in communicating with the contact center, restricted office hours and external points, a limited network of providers nationwide, excessive procedures.

It is concluded that the Humana policyholders perceive as low satisfaction the aspects related to the deficiency in the service and the contact with the customer, the delay in the administrative processes, and duplication of premium collections, which will have an impact on the satisfaction of the insured. .

Keywords: Services, expectations, satisfaction, quality, assured.

Introducción

En el presente estudio, se hace énfasis en la importancia que tiene la satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil, por lo cual se requiere investigaciones anteriores que permitan determinar si la contratación de un seguro de medicina prepagada, es rentable en términos de eficiencia y eficacia para quienes lo contraten.

Las empresas aseguradoras y de medicina prepaga son intermediarias financieras que tienen por actividad principal no sólo la captación de dinero del afiliado, sino también el de salvaguardar el patrimonio familiar en caso de una enfermedad catastrófica o de un evento negativo.

En la Carta Magna del Estado se manifiesta la obligatoriedad de proporcionar asistencia médica a la población como lo indica el Art. 32: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos...” (Constituyente, 2016, p. 29) y al ser esta una iniciativa que no puede concretarse, se dan los mecanismos necesarios para regular la participación de entes privados, que agrupados en la denominación de: “medicina prepaga”, que solventan la entrega de dichos servicios a la comunidad.

Ante el déficit de cobertura que genera al Estado, surgen instituciones que ofertan este servicio, como Humana, que tiene como objetivo principal apoyar al Estado Ecuatoriano en la entrega de este derecho a la población; siendo parte del Sistema Nacional de Salud.

Humana tiene 25 años al servicio de la sociedad ecuatoriana, ofreciendo servicios de medicina prepagada. Forma parte del Grupo Conclina C.A., conformada por el Hospital Metropolitano, Metrored, y Humana; constituida por un grupo de profesionales altamente calificados en el que constan: 2609 galenos,

96 hospitales y clínicas, 135 centros de atención médica a nivel nacional, tres oficinas en las principales ciudades (Guayaquil, Quito y Cuenca) y seis oficinas satélites ubicadas en Guayaquil y Quito, con esta estructura se pone en práctica lo que estipula la OMS cuando indica que: “el objetivo principal de los sistemas nacionales de salud es la prestación de servicios de calidad a todas las personas, donde y cuando lo necesiten” (Guzmán, 2019, p. 185).

Es así que la máxima eficiencia y eficacia de estas entidades se evalúan en base al mejoramiento continuo de la aplicación de los procesos que se lleven a cabo, convirtiéndose en factores intangibles que generan valor agregado sobre la incidencia humana, donde se determina que la estrategia de la eficiencia y la máxima productividad son los resultados tangibles para marcar la diferenciación al momento de tomar la decisión en la selección de un seguro.

Verificando el contexto de la medicina prepaga se puede comprender, que existen diversidad de planes para diferentes grupos etarios, usuarios individuales o corporativos que pueden ser ofertados por prestadoras de salud, entidades financieras o gubernamentales, donde las formas de captación al posible cliente han cambiado desde la asesoría comercial hasta llegar al telemarketing, generando el incremento de la oferta versus la demanda y con ella ampliando las coberturas para el mejoramiento del servicio y por ende la satisfacción del cliente para ingresar en este mercado tan competitivo, por lo que la determinación del cliente se basa en la confianza y seguridad que le proporciona la prestadora de salud por la eficacia, eficiencia compromiso ambiental y la responsabilidad social que esta genere.

Hoy en día los clientes potenciales no sólo se basan en la información que reciben de los asesores comerciales, sino también en los canales de comunicación

(formal e informal), la ubicación y el entorno de la empresa, la relación costo-beneficio y el staff de empleados (médicos, paramédicos, personal administrativo y de servicio) del cual se recibe el servicio.

Por lo que la problemática situacional actual, sumada a la experiencia laboral en el campo de seguros de salud, permite generar este estudio estructurado de la siguiente manera para una mejor comprensión, que a continuación se detalla:

El primer capítulo comprenderá: Marco Teórico / Fundamentación teórica, el cual contendrá los conocimientos básicos que darán fluidez al análisis y comprobación de hipótesis y variables referentes al estudio propuesto y que justifican la realización del presente estudio, logrando cumplir con los objetivos propuestos.

En el segundo capítulo titulado Marco Referencial, constará la investigación bibliográfica revisada, la misma que será de apoyo para la determinación de la satisfacción con relación a la calidad de servicios, y la factibilidad que este proyecto tenga en su incidencia social.

En el tercer capítulo abarcará la Metodología y los Resultados, en el que incluye los instrumentos, métodos y técnicas que permitirán la comprobación de las hipótesis y variables que se plantean en el presente estudio, para formular juicios de valor, inherentes a proporcionar la confiabilidad y la viabilidad de instrumentos aplicados. Adicionalmente se desarrollará el análisis y la interpretación de los resultados que legitiman la información recopilada, argumentada y descriptiva para la comprobación de los supuestos del estudio estadístico, organizadas mediante las distintas tablas comparativas.

El cuarto capítulo, se enfocará en la propuesta, que describirá detalladamente los componentes de la aplicación de la metodología en el campo estudiado.

Finalmente, se expondrá las conclusiones y recomendaciones, referencias y apéndices a las que se llegó luego del estudio temático.

Antecedentes

Para entender la evolución de los seguros se revisa la cronología, por lo que se toma en consideración los siguientes puntos:

En los períodos 1909 y 1929, el gobierno nacional mediante decreto supremo del 21 de octubre oficializó el funcionamiento de las compañías aseguradoras, por lo que durante las primeras dos décadas de éstas empresas ofertaban: seguros de vida, incendios y marítimo, para luego expedir la primera póliza de aviación y aparecen los seguros de accidentes personales, de responsabilidad civil, robo, fidelidad, entre otros, se reforma a la ley de seguros vigentes para mejorar el control de los últimos ramos de seguros incorporados.

En el año 1998 se crea la Ley General de Seguros, en el 2006 la compañía de seguros La Unión, implementa la póliza de exequias, durante el 2008 se lanza el seguro integral para pymes y en el año 2012 la Superintendencia de Bancos y Seguros reforma la ley donde menciona que las entidades bancarias no pueden poseer participación en dos sectores comerciales por tanto deben venderlas.

En octubre del 2016, se publica en el R.O. No. 863, la ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten coberturas de seguros de asistencia médica, para mayo del 2017, el Ministerio de Salud, mediante acuerdo ministerial No. 0068, emite los Lineamientos de Medicina Prepagada (Arosemena, 2016, pp. 2-3).

Con esto se puede denotar que el mercado de las aseguradoras se ha ido transformando a lo largo del tiempo, éstas se dedican a distintas actividades de

servicios, entre ellas constan las siguientes clases de seguros: seguros generales, seguros de vida y de salud. Los seguros generales normalmente preservan las propiedades, bienes muebles e inmuebles y de servicios; los seguros de vida precautelan la protección de la integridad de las personas y por último los seguros de asistencia médica, que garantizan coberturas de salud a sus afiliados.

En el caso particular de los seguros de salud, esta actividad compone un alto valor de responsabilidad, ya que la sociedad al momento de contar con un seguro de asistencia médica, ya no lo visualiza como un gasto sino como una inversión, constituyéndose parcialmente a la solución de la problemática existente en el área de salud, debido a que el Estado y sus instituciones no pueden cubrir económicamente la demanda de afiliados existentes, de acuerdo al boletín estadístico No. 23, publicado en el año 2019, indica que existen 5'812.181 asegurados registrados, conformados por 4'347.615 afiliados, 542.439 pensionistas, 1'032.370 beneficiario no afiliados registrados (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], 2019).

Al existir un alto índice de asegurados y pocos prestadores privados acreditados, son incapaces de cubrir esta brecha de salud, a pesar de que fuentes externas indican que hasta el año 2018, existían 880 proveedores privados acreditados, y pocas entidades gubernamentales, por lo que hace que se evidencie el impacto social que esto genera (Diario Expreso, 2018).

La actividad de las aseguradoras se basa en el principio de riesgos, es decir que a mayor riesgo, la prima que el usuario paga aumenta y en base a los beneficios otorgados, siendo esta una medicina prepagada, se hace cargo de copagos o deducibles, por lo que se trata de un costo compartido

(usuario/compañía), donde normalmente el usuario paga un porcentaje de los gastos médicos y el resto es asumido por la aseguradora.

Este estudio se realiza bajo los productos ofertados por la empresa Humana (planes individuales, corporativos, seguros de cáncer, y dentales), que de acuerdo al enfoque de la calidad de servicios, hoy en día los clientes no solo buscan un bajo costo, sino que exista variedad de coberturas, que la información sea rápida y oportuna, que los contratos sean claros y detallados, la mejora de los tiempos de liquidaciones, que se amplie el espectro de los prestadores de servicios, que se brinde las facilidades de pago con lo que estos factores determinan como el consumidor evalúa los servicios que brinda esta empresa y la percepción que tiene sobre ella, por lo tanto se convierte en un factor tangible al momento de que un posible cliente realice su primera operación comercial o asegure su permanencia dentro de la institución.

Cabe recalcar que de nada sirve tener un Contact Center que brinde una atención rápida y de manera prioritaria sino se solucionan los requerimientos que tienen los usuarios, pues la ineficiencia puede estar medida no por los tiempos de respuesta sino por la solvencia al enfrentar un reclamo y con ello la seguridad que se le dé al cliente de que contará con una solución.

Planteamiento de Investigación

El objeto de estudio de esta investigación es la satisfacción y la calidad de los servicios prestados por compañía Humana S.A., cuyo campo de acción está situado en la ciudad de Guayaquil.

Planteamiento del problema

Con el fin de conseguir y regular la atención en salud de la población ecuatoriana que no tiene acceso a este servicio y a partir de las Políticas Públicas, las aseguradoras ingresan al Sistema del Ministerio de Salud Pública para coadyuvar al esfuerzo del Estado con el fin de proporcionar atención integral en esta área, compitiendo y abaratando costos que permitan al ciudadano común obtener un servicio de calidad, cumpliendo de esta manera con la meta del Estado (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SEMPLADES], 2017) a través de entidades privadas con infraestructura de primer nivel, corporativas bajo la representatividad de compañías de Seguros y Medicina Prepagada.

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)). El ente rector ofrece servicios de atención a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente al 3% de la población perteneciente, además existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares, en general dotados de

infraestructura y tecnología elementales, ubicadas en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo al momento de recibir la atención. (Lucio, Villacreses, & Henríquez, 2011, pp. 177-187)

Actualmente la dispersión de los seguros privados de salud en la balanza comercial es positiva, pudiendo evaluarse éste a través de: ingresos hospitalarios nuevos, número de consultas ambulatorias en prestadores masivos privados y en el aumento de la venta de medicina privada, con lo que el margen de utilidad es positivo, ya que en el año 2015 se tuvo un incremento de 50.8 millones de dólares en diciembre y a la misma fecha en el 2017 contamos con 70.6 millones, lo que significa que la rentabilidad creció entre el 2016 y el 2017 de 2.47% a 2.76%, lo que conduce a estas empresas a ser más eficientes en la manipulación de los costos operativos, mejorando así la administración para mantener la rentabilidad en el contexto del crecimiento, que a escala nacional corresponde 1.6% del Producto Interno Bruto (PIB) (Zabala, 2018, pp. 68-69).

Adicionalmente cabe indicar que las compañías de medicina prepagada, incrementaron su volumen de venta en el año 2018 en comparación con el año 2017, como se puede observar en la tabla adjunta, situándose el objeto de estudio en el top No. 3 del ranking.

Tabla 1
Total de Ingresos y Tasa de Variación en los periodos 2017 – 2018

RANKING	EMPRESA	TOTAL DE INGRESOS 2018	TOTAL DE INGRESOS 2017	TASA DE VARIACIÓN
1	Saludsa	148,10	128,32	15,4%
2	BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A.	112,20	99,50	12,8%
3	Humana S.A.	69,51	62,08	12,0%
4	Ecuasanitas S.A.	60,42	61,18	-1,2%
5	Best Doctors S.A.	41,18	48,76	-15,5%

Tomado de: Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, Datos en USD millones, mayo 2019

Además, el sector de mayor incidencia es el Seguro Corporativo por ser respaldados por una entidad solvente económicamente, con relación a los seguros individuales y PYME cuyo costo lo solventa el afiliado directamente.

Al resumir el beneficio del crecimiento de la población asegurada privada, se puede deducir que no solamente las compañías de seguros o medicinas prepagas se benefician, sino también el sector de la salud involucrada (hospitales, clínicas, centros médicos, consultorios y laboratorios) así como los usuarios asegurados por la calidad de servicio que recibe.

Para determinar las falencias se realizan observaciones en los procesos de Humana verificando la atención del servicio en el Contact Center, el acompañamiento administrativo y el desempeño otorgado por terceros a los distintos clientes; con lo que se puede hacer referencia a la visualización de los clientes nuevos en el cual se notan los siguientes puntos: a) la desinformación del uso de las pólizas; b) extensos trámites para los reembolsos; c) la infima información que reciben por parte de los asesores al momento de resolución de los problemas en cuanto a las coberturas; d) la falta de atención y cumplimiento al acuerdo al que llegan.

De acuerdo al trabajo de Clara Isabel Muñoz Colomina y Adolfo Millán Aguilar, donde aborda el problema de elaborar una serie de indicadores que midan la relación del cliente con el sector asegurador, plantean como objetivo básico la cobertura del riesgo al cliente y dos claves para medir la satisfacción, que son: la fidelización y la calidad en la gestión del negocio, con lo que la carta de presentación del sector asegurador muestra características como: doble actividad, cobrar el ingreso antes de pagar el gasto, cálculo del precio antes de conocer el precio real, bloques de costo técnicos y de gestión, relatividad del beneficio por el impacto de las provisiones, y si a ello le sumamos los factores como la agilidad de los trámites en siniestros, liquidaciones de forma veloz que garanticen la fidelidad, información transparente, o la información relativa que tanto la oral y la escrita deben ser claras y veraces para evitar confusiones posteriores, ya que pueden originar sensaciones de engaños o la existencia de las letra pequeñas, motivado a ello por el precio. (Muñoz Colomina, 2000, p. 1)

Otro punto focal son los clientes asiduos, que a pesar de mantenerse fiel a la marca persiste en ellos la misma incomodidad que el subgrupo anterior sumado a los cobros excesivos y al no pago del reembolso de manera ágil y oportuna, concordando con aquellos usuarios que usaron el servicio pero que eliminaron su contrato.

Haciendo eco de lo anteriormente expuesto se puede indicar que el seguimiento y acompañamiento que brinda la empresa a sus consumidores es importante ya que la falta de contacto mediante asistencia telefónica, online, o en los puntos de venta suelen ser factores negativos que impiden tener un acercamiento con los usuarios. Por citar factores negativos a los cuales se expone la empresa, se puede indicar el de la entrega de los Kits contractual, ya que

muchas veces la información que se recibe de los planes contratados no es clara y la falta de seguimiento por parte del personal que tiene a cargo el área de asesoramiento, juegan un papel importante al momento de las renovaciones contractuales.

La atención percibida por los usuarios en los prestadores en convenio, suele ser otro de los inconvenientes, ya que los clientes no los considerados como agentes externos sino como la misma aseguradora, lo que quiere decir que la empresa depende del servicio otorgado por terceros para la captación del usuario.

Formulación del Problema

Por tanto, la interrogante a despejar sería: ¿Cuál es la relación entre la satisfacción del usuario y la calidad de los servicios de salud prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil?

Justificación

El presente estudio investigativo surge principalmente para poner en práctica las técnicas, métodos y procesos aprendidos en la maestría de Gerencia en Servicios de la Salud, en las materias de Administración, Investigación y Estadística.

Este trabajo se desarrolla como un complemento a nivel laboral, el mismo que generará un beneficio a nivel organizacional, individual y social.

El actual gobierno se caracteriza por querer otorgar al pueblo ecuatoriano calidad de vida, por lo que en su Plan Nacional de desarrollo “Toda una Vida”, en el primer eje se menciona: los derechos de las personas para todos durante toda la vida, el mismo que centra sus esfuerzos para garantizar el derecho a la salud,

promoviendo hábitos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades. Conscientes de que el estado no posee todos los recursos para dotar servicios de salud a toda la población, intervienen en esta necesidad las compañías de seguros y medicinas prepagas, lo que conlleva a que dichas entidades busquen siempre información entre sus usuarios para realizar mejoras en el ámbito de la calidad de servicios.

La finalidad de las empresas privadas, en este caso de la compañía “Humana S.A.” es entregar a sus afiliados servicios de calidad, lo cual obliga a que la organización desarrolle continuamente procesos de mejora continua de la calidad, que garanticen su permanencia en el mercado asegurador, así como la satisfacción de los usuarios.

El presente estudio investigativo busca analizar y determinar de qué manera la satisfacción incide en el comportamiento y el grado de aceptación que tienen los clientes con respecto a la empresa en estudio Humana S.A.

La propuesta se orientará a mejorar los procesos operativos de la compañía con el fin de reducir el nivel de deserción de los clientes, proyectarse hacia un crecimiento económico, recuperar y captar clientes, verificando las causas que ocasionan dicha problemática, ya sea este mediante variables endógenas o exógenas. Esto se podrá lograr, mediante el establecimiento de estrategias y herramientas que permitan a los departamentos alinearse al objetivo institucional, el mismo que se verá reflejado en el servicio de calidad que se les brindará a los clientes actuales y futuros.

El tema propuesto es novedoso en cuanto a que la nueva reglamentación puesta en vigencia a partir del año 2002 con la publicación en el Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre que contiene la normativa pertinente para el

reordenamiento en salud pública, permite adecuarse al mismo, para ofertar Seguros de Salud cumpliendo con lo dispuesto en el artículo cuarto que menciona los principios del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a los numerales:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Calidad. - Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y satisfacción de los usuarios.
3. Eficiencia. - Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada (Congreso Nacional, 2002).

Tiene relevancia porque permite que la compañía Humana S.A., pueda competir en el sector, mejorando la capacidad organizativa y administrativa de la institución, permitiéndole la captación de nuevos asociados, quienes se constituirán en portavoces de la calidad y alcance en prestación de Servicios de Salud.

Este estudio permitirá el avance de la Sociedad Ecuatoriana en el Área de Salud, ya que el Estado no tiene una cobertura al 100%, debido a, que los altos costos operativos requieren de un mayor presupuesto que el asignado, motivando a las compañías de seguros y medicina prepaga a dar un servicio cooperativo en salud.

Permitirá mejorar los procesos y lograr la satisfacción tanto del asegurado como de la empresa. En el campo de la competitividad se logrará desarrollar la personería para ubicar a la compañía en la preferencia de los posibles asegurados; así mismo el contenido de esta investigación será de ayuda para la ejecución de

otros proyectos, ya que permitirá obtener información relacionada a la satisfacción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios que presta la compañía Humana.

El tema escogido se articula la línea de investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud (MGSS), la misma que corresponde a: *Calidad de servicio y satisfacción a usuarios*. Debido a esta situación, el principal problema que se presenta en las compañías de servicios es el descontento de los usuarios, la misma que aporta a corregir los errores que afectan directamente al tipo de servicio que recibe el cliente actual y futuro, influyendo así en el desarrollo de investigaciones semejantes.

Al realizar el análisis comparativo del año 2017 versus el año 2018, el porcentaje de deserción aumenta de 10% a 59% según informes del Departamento de Control de Calidad de la empresa, lo que en lo posterior señala que la problemática detectada no ha podido ser superada, por lo que debemos replantear las estrategias de solución de conflictos, revisar los planes y procesos para agilizar la parte administrativa creando rutas de información pertinentes que ayuden a los operadores a mejorar significativamente los tiempos de respuesta con solvencia.

Tabla 2
Afiliados y Deserciones en los períodos 2017 – 2018

	AÑO 2017	AÑO 2018
Número de afiliados	174,963	195,223
Porcentaje de deserciones	0,10%	0,59%

Tomado de: Departamento de Control de Calidad Humana S.A., enero 2019

Preguntas de Investigación

¿Cuál es el marco teórico que explica la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios?

¿Existen estudios comparativos sobre la calidad en el servicio y la satisfacción de los usuarios?

¿Cuál es la metodología apropiada para el estudio comparativo de la satisfacción en relación a la calidad de servicios de salud prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las dimensiones de la calidad de los servicios para evaluar la satisfacción de usuario de la compañía Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil?

¿Qué aspectos contiene el plan de mejora para lograr la satisfacción de los usuarios y por ende la calidad de los servicios que brinda la empresa Humana S.A.?

Hipótesis

H0: La calidad de los servicios brindados por Humana S.A. no influye significativamente en la satisfacción de los usuarios de la ciudad de Guayaquil.

H1: La calidad de los servicios brindados por Humana S.A. influye significativamente en la satisfacción de los usuarios de la ciudad de Guayaquil.

Variables

Variable dependiente: Satisfacción del cliente

Variable independiente: Calidad de servicios prestados

Objetivos

Objetivo General.

Analizar la relación que existe entre la calidad y la satisfacción percibida por los afiliados de la Compañía Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil, para la propuesta de estrategias de mejora y optimización de los procesos de la compañía.

Objetivos Específicos.

Fundamentar el contexto del marco teórico sobre la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios.

Determinar resultados de estudios que relacionan las variables y establecer la situación actual de la empresa Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil.

Establecer el marco metodológico que permita aplicar un cuestionario validado/metodología para medir la real calidad de servicios y el grado de la satisfacción de los usuarios.

Diseñar una propuesta para mejorar la satisfacción de los usuarios y por ende la calidad de servicios que brinda la empresa Humana S.A.

Capítulo I

Marco Teórico

Con la finalidad de poder establecer el marco teórico de este proyecto de investigación, en el presente capítulo se revisa teorías relacionadas con la calidad y por ende la satisfacción del cliente, para poder darle el sustento básico a lo que se referirá el presente estudio, que permitirá proponer las acciones que correspondan para conseguir que los clientes internos y externos sea vean beneficiados.

Actualmente el ofrecer servicios de salud de calidad que satisfagan a los clientes, constituye el principal reto para las empresas de medicina prepaga, pues dicha percepción variará de acuerdo a las condiciones políticas, culturales, históricas, sociales que posea cada individuo. En el campo de la salud, la calidad es percibida mediante la prestación de servicios, satisfacción del afiliado, y en el mejoramiento continuo.

Si bien es cierto que el Estado se ha preocupado por incrementar sus servicios en todos los niveles y mejorarlos en la última década sobre todo en el sector de la Salud Pública, se ha creado gran especulación en cuanto a la demanda de servicios de salud, convirtiendo este, en un sector económico altamente competitivo.

Conceptos de Calidad

Kotler y Keller citados en Ibarra Morales, Espinoza Galindo, y Casas Medina, 2014, p. 98 definieron la satisfacción del cliente como:

...una sensación de placer o de decepción que resulta de comparar la experiencia del producto (o los resultados esperados) con las expectativas de beneficios previas. Si los resultados son inferiores a las expectativas el cliente queda insatisfecho. Si los resultados son están a la altura de las expectativas, el

cliente queda satisfecho. Si los resultados superan las expectativas, el cliente queda muy satisfecho o encantado.

Por lo tanto, se puede indicar que la satisfacción del cliente tiene varias dimensiones que se las puede medir como: el rendimiento percibido, las expectativas sobre el bien recibido, y los niveles de satisfacción.

Por lo que, para hablar de servicio se considera el hecho de la calidad y la satisfacción del usuario, por tanto:

Garantizar la calidad no es un señuelo provisional para atraer clientes, ni una forma transitoria para promover una organización. Representa mucho más: es el resultado del compromiso formal de la institución como un todo del grupo humano que allí labora, de los recursos presupuestables, de los equipos, de las condiciones de la infraestructura física, de los elementos y servicios. Es el producto de una buena planeación, de una excelente gestión gerencial y administrativa, de educación consistente del personal, de una permanente evaluación y de una rigurosa retroalimentación, de una continua labor investigativa, de una motivación general, de una voluntad incondicional de hacer todas las cosas bien para un fin único que es la satisfacción del usuario (Malagón, Galán, & Pontón, 2006, pág. XVI).

Para Deming citado en Alcalde (2019), señaló que: “calidad es el grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades de los clientes” (p. 12).

Ishikawa citado en Revista Médica Herediana (1998), mencionó que: “calidad es diseñar, producir, y ofrecer un producto o servicio que sea útil, al mejor precio posible, y que siempre satisfaga las necesidades del cliente”(p.31).

Las normas ISO (2019) afirman que el objetivo es asegurar que los productos y/o

servicios alcancen la calidad deseada, las mismas que permitan a las empresas minimizar los costos, ya que hacen posible la reducción de errores y sobretodo favorecen el incremento de la productividad.

Teorías de la calidad

Teoría de Donabedian.

Según Donabedian (1984), en su teoría expone que:

La calidad de atención en salud trae consigo una interrelación entre dos componentes que son: la atención técnica y la relación interpersonal de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes los cuales se agrupan en tres diferentes aproximaciones para la evaluación que son: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención (p. 27).

De acuerdo a lo antes mencionado por Donabedian se enfatiza que la oferta de servicios de salud implica una serie de dimensiones como la dimensión técnica la misma que en nuestro país no se encuentra desarrollada por lo que se requiere del conocimiento del profesional y de la tecnología a nivel de procedimientos y los equipos disponibles para satisfacer al usuario. La calidad técnica hace referencia a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica para incrementar un mayor beneficio de la salud sobre el riesgo. Con una tercera dimensión de la calidad se debe de tomar en cuenta la oportunidad y la persistencia con la que se otorga la atención apoyados en la relación con el paciente, las características del lugar donde se brinda el servicio y el fácil acceso para la prestación del mismo.

Teoría de Deming.

Conforme a la Teoría de la Calidad de Deming, se muestra que la empresa debe de estar conciente que para brindar calidad de servicios se deben considerar tres factores importantes que son: la empresa, el personal y los proveedores; por lo que la empresa debe de satisfacer las necesidades de sus clientes y el cliente debe de considerar a la empresa como un proveedor que le brinda un servicio de alta calidad a bajo costo el mismo que permitirá mantener relaciones a largo plazo. Así mismo la organización debe incluir un equipo de trabajo, el mismo que debe estar capacitado de forma continua, generando en ellos el compromiso de participar y poner en práctica los procesos de mejora continua, teniendo en cuenta las opiniones remitidas por los trabajadores.

Otro componente importante son los proveedores, a quienes la empresa debe integrar en el proces de mejora continúa, depositando en ellos la confianza pero a su vez exigirles servicios de calidad, en donde prime el trato justo y profesional ya que son ellos los encargados de generar la publicidad no formal.

Este autor recoge un sistema de catorce puntos para los directivos con el fin de generar una mayor productividad para que la empresa pueda estar considerada en el mercado como una empresa competitiva.

- Actitud constante para buscar la mejora.
- Adoptar la filosofía de conciencia de calidad.
- Suprimir el sistema de inspección en masa.
- Minimizar costos.
- Mejora continua en el sistema de producción y servicio.
- Instituir la formación en el trabajo.
- Implantar el liderazgo.

- Desechar el miedo.
- Derribar las barreras entre dependencias.
- Eliminar las metas numéricas, carteles y lemas que busquen niveles de productividad.
- Eliminar cuotas numéricas prescritas y sustituirla por el liderazgo,,
- Eliminar las barreras que impida al empleado gozar de estar orgulloso de su trabajo.
- Implantar un programa de autoeducación y mejora.
- Involucrar a todo el personal en la lucha por conseguir la transformación.

Teoría de Crosby.

Otro aspecto a considerar puede ser la Teoría de Crosby donde pone en manifiesto que el trabajo que se realiza es de forma concatenada entre proveedores, personal y clientes, en esta teoría la calidad se refiere en cumplir con los requisitos, la cual tiene como principio la prevención y no la corrección, forjando la calidad por el cumplimiento de sus obligaciones, donde se propone los siguientes pasos:

- Compromiso de la dirección
- Tener un equipo encargado
- La medición
- Costos de calidad
- Conciencia de ello
- Acciones correctas
- Día de cero defectos
- Instrucción del personal

- Afianzamiento de metas
- Reconocimiento
- Consejo de Calidad
- Repetición

Teoría de Carlzon.

Tomando en cuenta la Teoría de Carlzon en la que desarrolla un programa de administración de calidad, que tiene como principio en el tiempo que el empleado se debe documentar los pasos que debe seguir el cliente para recibir el servicio, mantiene contacto con el cliente dándole la relevancia que este tiene, el cual dura 15 minutos, dentro del cual el empleado debe causar una buena impresión, conocido como el Ciclo del Servicio.

Esta teoría puede ser aplicada desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y del usuario.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación esta direccionado a la satisfacción y a la calidad de los servicios de salud prestados por la compañía Humana S.A., en un área geográfica importante como es la ciudad de Guayaquil.

...la atención a la salud es un proceso dinámico que debe ser tratado con oportunidad, calidad y calidez, de manera que se ofrezca a los ciudadanos y ciudadanas los recursos técnicos, humanos y financieros para garantizar que esa atención sea integral, oportuna, científica, y equitativa... (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

De acuerdo con lo antes expresado, este contexto trata de evidenciar los ideales del Buen Vivir, en el que indaga con las versiones clásicas de desarrollo, por lo que en la nueva constitución del Ecuador se los representa como “*Los*

derechos del Buen Vivir”, en las que se incluye diferentes derechos (a la alimentación, ambiente sano, agua, comunicación, educación, vivienda, salud, etc.), guiados por los principios de universalidad, de igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad no discriminación; estos mismos postulados están dimensionados bajo criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación. (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008).

La salud integral constituida por la red pública de acuerdo a lo establecido en el artículo 360 de la constitución será parte del Sistema Nacional de Salud e integrada por el conjunto articulado de establecimientos estatales y otros proveedores que pertenecen al estado con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

“...mientras que la red privada (complementaria); es el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas de seguros de salud y medicina prepagada que laboran en el país y tiene fines de lucro. De ahí, las unidades prestadoras de servicios para recibir pacientes derivados o referidos, deberán estar licenciadas por el Ministerio de Salud Pública y calificadas/acreditadas según la normativa vigente; para proceder a una derivación o referencia; las unidades médicas buscarán primero utilizar los servicios de la red pública y únicamente al no encontrar recursos en la RPIS, procederán a derivar pacientes a la Red complementaria...” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

A modo de una perspectiva global se puede indicar que la satisfacción posee juicios de valor (de aceptación o rechazo) de acuerdo a la expectativa, el

resultado, el esfuerzo y la recompensa creando sentimientos previos sobre la experiencia del cliente.

Teorías al respecto de la naturaleza de la satisfacción del cliente

De acuerdo a ciertos enfoques como el costo, o el desempeño del producto, podemos apreciar 5 teorías que indican la naturaleza de la satisfacción del cliente, siendo estas las siguientes:

Teoría de la Equidad.

De acuerdo a esta teoría, la satisfacción se produce cuando una determinada parte siente que el nivel de los resultados obtenidos en un proceso está en alguna medida equilibrados con sus entradas a ese proceso tales como el coste, el tiempo y el esfuerzo (Brooks, 1995, p. 9).

Teoría de la atribución causal.

Explica que el cliente ve resultado de una compra en términos de éxito o fracaso. La causa de la satisfacción se atribuye a factores internos tales como las percepciones del cliente al realizar una compra y a factores externos como la dificultad de realizar la compra, otros sujetos o la suerte (Brooks, 1995, p. 9).

Teorías del desempeño o resultado.

Propone que la satisfacción del cliente se encuentra directamente relacionada con el desempeño de las características de un producto o servicio percibidas por el cliente (Brooks, 1995, p. 9). Se define el desempeño como el nivel de calidad del producto en relación con el precio que se paga por lo que percibe el cliente. La

satisfacción, por tanto se equipara al valor, donde el valor es la calidad percibida en relación al precio pagado por el producto y/o servicio (Johnson, 1995, pág. 9).

Teoría de las expectativas.

Una simple confirmación de las expectativas se produce cuando el desempeño del producto o servicio es tal y como se esperaba, la satisfacción del cliente se espera que aumente cuando las disconformidades positivas aumentan (Liljander, 1993, pp. 118 - 132).

Hoy en día la teoría más utilizada es la de las expectativas, debido a que las empresas especialmente las de seguros, se enfocan en cubrir las necesidades básicas, como lo es el campo de la salud, tratando de solventar en gran medida los altos costos generados por este sector.

En este estudio se describen brevemente tres enfoques que rigen este modelo de comprobación de las expectativas:

- La satisfacción que se origine como un efecto de la divergencia entre el análisis previo del cliente y la impresión del producto o servicio en estudio; lo que genera la insatisfacción cuando el rendimiento es inferior a lo esperado para el bien o servicio a percibir.
- El ser humano normalmente hace una comparación entre lo que observa y lo que espera del producto o servicio, buscando una armonía
- Proponer un modelo actitudinal de las personas, de acuerdo al performance y la satisfacción, que se contrapongan de acuerdo a ciertas condiciones como un nuevo producto o servicio donde normalmente el usuario genera juicios de valor de satisfacción o de agrado, así este no cubra sus expectativas.

Es importante también enmarcar los factores que influyen en la captación de los clientes al momento de cubrir su satisfacción, siendo estos:

- La vivencia del afiliado, pues estos pueden ejercer discrepancias debido a experiencias previas con productos o servicios similares, que generan una cierta competencia con el producto en estudio.
- El nivel de participación con el producto o servicio, es de importancia cuando se valora grado de satisfacción generado por una actitud positiva frente a este.
- El performance como el desacuerdo con las expectativas que influyen en la satisfacción del cliente o usuario.

Por lo tanto, para determinar la satisfacción del cliente es importante observar cómo influyen en él los atributos o bondades del producto o servicio ofertado versus la impresión obtenida al momento del uso del bien o servicio.

Por lo que la forma en la que se percibe la calidad y la satisfacción están basadas en factores situacionales y factores personales inherentes con la calidad en el servicio, la calidad de producto y el precio. Sin embargo es importante indicar que los usuarios evalúan la satisfacción de manera general y no únicamente enfocándose de manera individual en cada etapa del servicio brindado; esto quiere decir que las emociones afectan a la satisfacción, porque en él influye la experiencia obtenida versus la esperada; dando como resultado una atribución de éxito o de fracaso con lo que se puede determinar valoraciones significativas al momento de hablar de la plena satisfacción del usuario.

Marco Conceptual

Para iniciar con el desarrollo temático, es necesario definir las variables de estudio y luego clarificar los términos que se emplearán para tener una idea unívoca de lo que será el direccionamiento de los mismos.

Seguros

Basados en las definiciones, se puede mostrar varios aspectos de los seguros como el económico, social, y jurídico, basados en estas tres perspectivas se insertan los conceptos dados:

De acuerdo con Prieto (2008), considera lo siguiente: El seguro es un sistema de prevención de riesgos, que trata de remediar total o parcialmente, los efectos económicos en contra que pueden ser causados por la ocurrencia de eventos negativos futuros e inciertos, el cual se contrae mediante un contrato celebrado entre el asegurador quien contrae el compromiso y el asegurado que es el beneficiario de la cantidad de dinero o prima, en caso tenga lugar el evento negativo ocasionado por el riesgo (Prieto Perez, 2008, p. 8192).

Bajo la óptica jurídica, según la Ley General de Seguros N.74, en su Título 1, Del ámbito de la Ley, art. 3, en su parte pertinente indica que: “Es el negocio de asumir directa o indirectamente, o aceptar y ceder riesgos en base a primas” (Comisión de Legislación y Codificación, 2014, p. 4).

Novoa, 2012, señaló que:

El seguro no es solo la entrega de sumas de dinero para adquirir el derecho a percibir otras, sino que hay además un conjunto de servicios integrados en él y que van desde el asesoramiento inicial en materia de riesgos (que compete principalmente al mediador de seguros, sea corredor o agente) hasta la peritación, pasando por actividades importantísimas como la prevención de riesgos (p. 54).

Es decir que el seguro es una relación bilateral en el cual las personas ceden sus riesgos a una entidad con la finalidad de disminuir significativamente los efectos negativos de los siniestros, para que el impacto de las pérdidas individuales no influyan directamente en la economía individual. Por lo que, circunscribiendo el contexto social y económico en el campo lógico matemático, se tiene que el sistema de los seguros aborda los siniestros como probabilidades sostenibles, sustentables y superables a través de la organización como una unidad.

Partiendo del objetivo del seguro, se encuentra que este se subdivide en: seguro social y seguro privado.

Seguro social, es un mecanismo de amparo mediante coberturas, frente a las adversidades por las que puede pasar la población con relación de dependencia, la misma que está financiada por los aportes de los trabajadores, empleadores y del Estado. Este tipo de seguros no requiere de la firma de un contrato, ya que los mismos se encuentran fundamentados a través de leyes, reglamentos o decretos, en donde se encuentra detallados los derechos y obligaciones del asegurador (Seguro Social) y del asegurado (afiliado).

En cambio el seguro privado, es la relación que se contrae de manera bilateral entre una persona jurídica o natural, llamada contratante y una compañía de seguros, para cubrir un determinado riesgo a través de un pago llamado prima; cuya característica esencial es que el mismo soporte en la emisión de un contrato llamado póliza, en el que constan los derechos y obligaciones del asegurado y de la aseguradora.

En ambos casos el Estado respalda esta actividad a través de las diferentes leyes o normativas vigentes emitidas por el Congreso Nacional o por la Superintendencia de Bancos y Seguros, respectivamente.

De acuerdo a la siniestralidad se presentan diferentes ramos dentro de los seguros como son:

- Ramo de vida, mayormente comercializado por las compañías aseguradoras presentándose de manera grupal o individual. Estos se subclasifican en vida término y vida universal. En el seguro de vida a término el afiliado elige el monto de cobertura y los años que mantendrá activa la póliza. El seguro de vida universal coordina un valor de ahorro y un valor para el seguro de vida.
- Ramo asistencia médica, son aquellos que cubren los gastos médicos de los afiliados cuando existe algún evento, como por ejemplo enfermedad, lesiones o maternidad. Sus coberturas son por cortos períodos de tiempo y de montos pequeños.
- Ramos generales, pertenecen a este grupo los seguros de incendio, fianza, transporte, responsabilidad civil, accidentes personales, vehículos, riesgo catastróficos, equipo electrónico, buen uso de anticipo y otros ramos (vida individual, cumplimiento de contrato, multiriesgo, marítimo, rota de maquinaria, aviación, agropecuario, equipo y maquinarias de contratista, incluye 28 ramos adicionales.

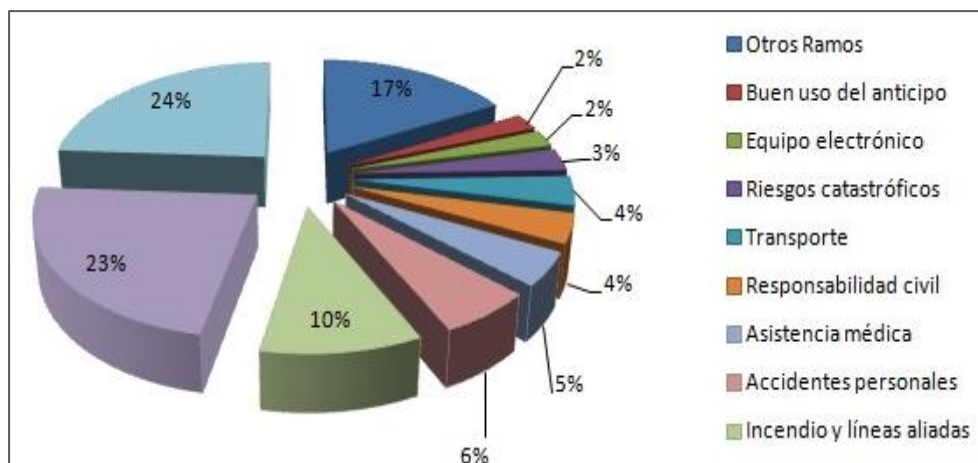


Figura 1 Participación de la prima neta emitida por cada ramo del 2015 - 2018 (%)

Nota. Tomado de Superintendencia de Compañías Valores y Seguros

Seguros de Salud

De acuerdo con el doctor Julián Ruíz Ferrán, define a los seguros de salud como: aquél voluntariamente sufragado por ciudadanos a título personal o por empresarios a cuenta de sus trabajadores. Este tipo de seguro puede ser proporcionado por entidades aseguradoras de finalidad lucrativa (compañías de seguros) o no lucrativa (mutuas) (Ruíz Ferrán, 2008, pág. 4).

Se puntualiza a los seguros de salud o de asistencia médica, aquellos que satisfacen de manera eficaz y rápida las necesidades de los asegurados, mediante la cobertura de los gastos médicos y farmacéuticos, generados por atenciones ambulatorias u hospitalarias de accidentes o enfermedades, de acuerdo a las condiciones pactadas en la póliza.

Para que exista un contrato o póliza de seguro es necesario que estén presentes las siguientes características:

- Que sea bilateral, es decir que exista una obligación del asegurado en pagar una prima y del asegurador en pagar las indemnizaciones generadas por los diferentes siniestros.

- Que sea oneroso, es decir que el asegurado se beneficie por asegurar su bien y el asegurador obtener una utilidad por proteger el bien.
- Que sea principal, porque su vigencia se da de manera individual para cada asegurado.
- Que sea aleatorio, porque existe incertidumbre tanto del asegurador como del asegurado, pues no se sabe si se va a presentar algún siniestro que ocasione que el contratante tenga una pérdida o una ganancia para ambas partes.
- Que sea conmutativa, es decir que posterior al pago de una prima, en caso de que exista un siniestro, la compañía de seguros procederá con la cobertura.

Las propiedades de los seguros se basan en:

- La mutualidad justificada en la solidaridad, ya que los prejuicios de quienes incurren en los siniestros, son amparados por el aporte de los afiliados que ayuda a restituir, subsanar y compensar las pérdidas.
- La buena fe, se enfoca en la honestidad y la ética en el cobro de las coberturas tanto como en las primas, ya que en los contratos se debe de informar al asegurado de forma precisa, transparente y puntual la singularidad que le otorga el contrato; de modo que ambas partes entiendan el alcance del mismo.
- El interés asegurable, manifiesta el nexo que existe entre el asegurado y el objeto por el cual se contrata el seguro.
- La indemnización, cumple con reponer y restablecer monetariamente el patrimonio del afiliado posterior a un evento adverso.

Entre los beneficios que la gente desconoce acerca de los seguros de salud tenemos:

- Consulta inmediata, sin espera
- Atención efectiva de urgencias en hospitales privados
- El asegurado puede elegir al profesional de salud en convenio de su preferencia para las diferentes atenciones
- Pago de copagos en la red médica de proveedores
- Elección de centros médicos y clínicas en convenio de acuerdo a la necesidad del cliente.

Para poder contratar un seguro es necesario tener en cuenta las siguientes condiciones:

- Edad de la persona contratante (no mayor de 65 años, ya que se asume que las personas pasadas de esta edad son más riesgosas).

Cliente

Rosander (1992), indicó que: “cliente es un término que puede ser también usado en lugares específicos para definir compañía de servicios que compra bienes y servicios que necesita para cubrir esos servicios, para los que fueron establecidos”, por lo tanto se puede tener una apreciación de que el cliente es indispensable en los procedimientos de fabricación de los servicios y contribuir a mejorar y generar su autosatisfacción con lo que las organización en la actualidad pueden rebazar las expectativas que el cliente tiene, es decir, proporcionarle más de lo que cree o espera que recibirá, por lo que respetar las ofertas contractuales tiene un lugar preponderante para la sostenibilidad y crecimiento de la compañía, sumándose a la atención del cliente como tal (Rosander, 1992, p. 14).

Póliza de seguros

Jurídicamente hablando, en el Art. 1 del Decreto Supremo No. 1147 Reformatorio del Código de Comercio Ecuatoriano, en su parte pertinente indica que:

El seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte, dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto; o a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato (Código de Comercio Ecuatoriano, 1960, p. 1).

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros precisa que: la póliza es un instrumento privado que permite probar que el contrato de seguros ha suscrito y permite así mismo que, en caso de controversia entre las partes este instrumento sea exhibido ante los tribunales como prueba de la relación existente entre el asegurado y el asegurador (Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, p. 14).

Por lo que la póliza se convierte en un documento legal donde se tipifican los tipos de riesgos y obligaciones del asegurado y del asegurador, donde cada parte es responsable de acuerdo a las condiciones contractuales durante el tiempo que dure el acuerdo.

Prima

Según Albarrán (2008) es el pago que efectúa el cliente por la contratación de un seguro, quien a su vez dará cobertura sobre el riesgo cubierto, en los plazos y montos descritos en el contrato. El pago de la prima se constituye en el eje principal para que la póliza pueda entrar en vigencia y se puedan dar los servicios descritos en el contrato.

De acuerdo a lo antes expresado se puede concluir que la prima es la bonificación económica que ha de asumir el asegurado frente a la compañía de seguros, para que esta pueda dar cobertura a un riesgo, de acuerdo a los términos expresados en el contrato.

Período de carencia

MAPFRE, enfoca los períodos de carencia como: “un tiempo determinado desde que comienzas a disfrutar de las ventajas de las pólizas para poder acceder a ciertas garantías” (MAPFRE).

Siendo así, es el período de tiempo en el cual el contratante no tendrá beneficio del contrato, los mismos corresponden a las atenciones de emergencia (24 horas), ambulatoria (30 días), hospitalaria (60 días), maternidad inicio (60 días), preexistencia (2 años), discapacidades (90 días).

Copago

MAPFRE enmarca al copago como:

“Esa pequeña cantidad de dinero que los usuarios de alguna pólizas deben abonar cuando usan un servicio médico” (MAPFRE).

Corresponde al valor que asume el contratante, por una prestación de acuerdo a las condiciones contractuales, dicho valor no está sujeto a reembolso.

Riesgo

De acuerdo con la Superintendencia de Compañía el riesgo es:

“Un evento que en caso de producirse obliga al asegurador a pagar la indemnización convenida” (Superintendencia de Compañías Valores y Seguros).

Las características del riesgo son:

- Incierto o aleatorio, el mismo que hace referencia a la posibilidad de un suceso, pues puede ocurrir o no el hecho posible,

- Es medible en base al suceso concreto, puede ser verificado, analizado por la aseguradora.
- Lícito, que se ajusta a las leyes y reglamentos sin perjuicios de terceros.
- Fortuito, se produce en cualquier momento sin intervención voluntaria.

Capital asegurado

Según la Superintendencia de Compañías Valores y seguros, capital asegurado se define como:

“Capital asegurado equivale a decir límite máximo de responsabilidad de la aseguradora en caso de indemnización” (Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, p. 4).

También llamado límite máximo de cobertura, corresponde al valor máximo que se indemnizara al contratando en caso de que suceda un siniestro. Dicho valor varía según el tipo de póliza con la que se esté realizando el trámite de reembolso, y mientras el beneficiario se encuentre amparado bajo el contrato.

Red de proveedores

MAPFRE la determina como:

“Médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos, que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores preferidos designados para el plan de salud consignado en las condiciones particulares de la póliza”.

Son aquellas entidades o instituciones de salud con las cuales la compañía de seguros posee convenios para derivar a sus afiliados, sabiendo que, las mismas brindarán servicios médicos de calidad alineados a los estándares que maneja la compañía.

Calidad

En tal virtud hablar de calidad de servicios, se define como la capacidad de satisfacer al cliente en sus necesidades, expectativas y requerimientos descrito por Juran citado en Hernández, Chumaseiro y Atenzio (2009) *Calidad de servicio y Recursos Humanos: caso estudio tienda por departamento*, por lo que este autor marca que toda la probabilidad de obtener la satisfacción del cliente está orientada en base a lo que recibe del servicio.

Para contrastar el concepto antes planteado con relación a otros autores, nos demuestra la subjetividad de la calidad del servicio, pues para Zeithaml, citado por Duque en su libro indica que: “la calidad dentro de los servicios está sujeta a la calidad percibida que es subjetiva y se entiende como el juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (2012), razón por la cual, la calidad pretende ser también un recurso intangible, pues cada cliente puede y deberá medirlo de acuerdo a las condiciones de uso para los cuales se contrató el servicio.

Abstrayendo los autores como Zeithaml, Parasuraman, y Berry (1993), Grönroos (1994), han manifestado que existen diferentes tipos de dimensiones de la calidad del servicio, siendo éstas: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, acceso, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad y entender al cliente. Por lo que para comprender de una mejor manera se detallarán a continuación su influencia real con el contexto del cliente:

- Fiabilidad: incide directamente con la calidad, basándose en el cumplimiento de los acuerdos y compromisos realizados directamente con el cliente.

- Calidad en la Tangibilidad: como factor subjetivo de cierta forma el cliente busca el valor real por medio de los elementos físicos para comprobar su calidad como: el trato de los empleados, folletos publicitarios, entre otros.
- Responsabilidad: está ligada a la relación eficiente y oportuna para cubrir las necesidades, requerimientos, reclamos o asesoramiento que reciba por parte del agente o asesor comercial.
- Confianza y seguridad: para ofrecer un servicio esta cualidad es importante debido a que tarda en construirse, pues depende de las experiencias previas, la imagen corporativa que proyecta, la publicidad no formal o la misma óptica del empleado.
- Empatía: es la predisposición para transmitir la atención necesaria que el cliente requiera por parte de la empresa, por lo que la empresa debe establecer procedimientos para entablar un diálogo entre el asesor y el cliente.

Servicio

Se refiere a la acción y efecto de servir, por lo que otros investigadores lo definen como: “un tipo de bien económico, constituye lo que denomina el sector terciario, todo lo que trabaja y no produce bienes se supone que produce servicios” (Fisher, 1994, p. 185)

En el libro de Fundamentos de Marketing, define a los servicios como: “actividades identificables e intangibles que son el objeto principal de una transacción ideada para brindar a los clientes satisfacción de deseos o necesidades” (W., Staton; Etzel, M., Walker, B., 2004, p. 333 y 334)

(Kotler, P., Blum, P., & Hayes, T., 2004, p. 9 y 10), presisan el concepto de servicio como “Un servicio es una obra, una realización o un acto que es

esencialmente intangible y no resulta necesariamente en la propiedad de algo. Su creación puede o no estar relacionada con un producto físico”.

Al momento de estudiar a los servicios, se presentan cuestionamientos pues poseen atributos que permiten diferenciarlos de los productos, como son:

- Intangibilidad: Es una propiedad de no ser percibido de forma concreta sino de ser evaluado por medio de los procesos y los resultados, donde resulta difícil establecer un costo al no existir procesos de fabricación concretos.
- Heterogeneidad: Incide en la estimación que hacen los usuarios al momento de establecer una transacción ya que no existe una estandarización en la presentación del servicio.
- Inseparabilidad: Hace una relación entre la producción o el consumo, debido a que la calidad del servicio se manifiesta al momento de probar y verificar, lo ofertado.
- Caducidad: La caducidad en el área de servicios carece de tiempo estimado para su vigencia, por lo que en él incide el índice de mayor demanda, dificultándose así la armonía entre la oferta y la demanda.

Satisfacción

Se puede definir como un juicio de actitud después de una acción de compra o una serie de interacciones entre el consumidor y el producto (Lovelock, 2009, p. 58).

Philip Kotler la define como “el nivel de estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas” (Kotler, 2006, p. 40 y 41).

Satisfacción del usuario

Para empezar a definir la satisfacción del cliente se enunciará el significado de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) como:

“razón, acción o modo con el que se sociega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón conrtraria” (Asociación de Academias de la Lengua española, 2019).

Para conseguir la satisfacción del cliente es importante gestionar la productividad de las propiedades de los servicios que se ofertan para detectar la incidencia y el rol que desempeñan, con lo que de acuerdo a lo que menciona Ngo y Nguyen (2016), “la satisfacción del cliente se está convirtiendo en uno de los objetivos esenciales para cualquier empresa que busque una relaciónn a largo plazo con el cliente, llegando a considerarse como la principal prioridad de la organización” (Ngo, 2016, pp. 103 - 116).

Según Kotler (2008), la satisfacción del cliente depende del desempeño que se perciba de un producto en cuanto a la entrega de valor en relación con las expectativas del comprador. Si el desempeño del producto no alcanza las expectativas, el comprador quedará insatisfecho. Si el desempeño coincide con las expectativas, el comprador quedará satisfecho. Si el desempeño rebasa las expectativas, el comprador quedará encantado. Por lo que detallaremos los elementos que conforman la satisfacción del cliente:

- Calidad funcional percibida: Está enmarcada en la manera en cómo la empresa oferta los servicios al cliente, la interacción entre los ejecutivos de la empresa y el usuario, por lo que influye la accesibilidad, la apariencia, el comportamiento entre los colaboradores y otros usuarios.

- **Calidad técnica percibida:** Se refiere a cómo se brinda el servicio, es decir, está basado en los procesos que implementa la empresa, los estándares que aplica para que el servicio sea aceptable. En él infieren elementos tales como: la tecnología, los equipos, las habilidades del personal, las soluciones técnicas y la implementación de los procesos; por lo que en esta fase el afiliado puede valorar de manera objetiva creando un impacto en la imagen corporativa.
- **Valor percibido:** Es un estado de equilibrio o valoración general que hace el afiliado entre el servicio y los beneficios recibidos, en la que se centran elementos como el precio, donde normalmente se puede observar los sacrificios a los que el usuario se somete al contratar un bien o servicio, con lo que se genera una dimensión entre lo recibido versus lo pagado.
- **Confianza:** Se desarrolla en el contexto de la seguridad que el cliente genera hacia la organización a través del accionar de los ejecutivos con los asegurados; y en ella se encuentra inmersas la profesionalidad, cortesía, credibilidad, y seguridad, pues el afiliado necesita saber que la institución cuida de sus intereses para el bienestar de la relación entre ambas partes.
- **Expectativas:** Es la idealización que se forma el usuario a través de las diferentes relaciones creadas a partir de un requerimiento o necesidad, en la que se puede definir dos dimensiones: la anticipación y el referente de comparación, donde el primer componente incide en lo que el afiliado cree que recibirá haciendo una predicción de lo que obtendrá, y en la segunda juzga lo que recibe, haciendo de ella una evaluación más realista y factible, buscando la mejor alternativa posible entre lo ideal y lo justo.

Indicadores de seguros

De igual manera Clara Isabel Muñoz Colomina y Adolfo Milán Aguilar hacen referencia a algunos indicadores que se utilizan en el ámbito de los seguros y que sirven para determinar la fidelización (la caída de la cartera), la calidad (calidad de gestión con el cliente), y satisfacción de los clientes (velocidad de la liquidación de los siniestros y velocidad del cobro de los recibos), que a continuación se detallan:

Indicador: caída de la cartera.

A través del indicador de la caída de la cartera podemos medir la fidelización del cliente, para ello primero se revisará la actividad de las compañías aseguradoras en donde las pólizas presentan dos características que se relacionan entre sí:

Temporales: pólizas que cubren un período de tiempo que generalmente es un año

Renovables: pólizas que se renuevan a voluntad del asegurado

Cuando se genera confianza entre el afiliado y la empresa aseguradora, se puede indicar que existe satisfacción con la empresa aseguradora y por ende la póliza será renovada; en cambio cuando el afiliado se encuentra insatisfecho al finalizar el período de cobertura, no renovará la póliza y en este caso buscará otras opciones para cubrir sus expectativas, es ahí donde se genera el concepto de la caída de la cartera, el cual se refiere al conjunto de pólizas no renovadas por el afiliado. Las compañías también la denominan anulaciones de pólizas.

Matemáticamente este indicador puede expresarse mediante la siguiente fórmula:

Pa= Pi + Pn + Pf; donde:

Pa: son las anulaciones

Pi: corresponde al número de pólizas vigentes al inicio

Pn: nueva producción del ejercicio

Pf: número de pólizas vigentes al final del ejercicio

Al aplicar la fórmula, si el resultado da un porcentaje alto, se supone que el nivel de confianza en la compañía es bajo, y si el resultado es un porcentaje bajo supone un grado de alto de fidelización. También es muy importante mencionar que un elevado grado de fidelización, hace que la empresa posea un elevado mantenimiento de la cartera de clientes, y a su vez los ingresos dentro de la institución deben ser estables para poder responder a los clientes cuando presenten gastos médicos por reembolsos. Cabe mencionar que siempre va existir un nivel de caída de cartera, que indica una disminución del volumen del negocio. Otro factor que también influye en la caída de la cartera puede deberse a dos situaciones:

Voluntaria: que se da cuando la empresa decide terminar el contrato ya sea por razones técnica, alta siniestralidad, mala suscripción, etc.

Involuntaria: que se da cuando el cliente toma por propia decisión terminar el contrato con la compañía de seguros.

Indicador: producción nueva.

Otro indicador muy importante, es el aquel con el que se mide la nueva producción, ya que con este índice se podrá medir el incremento global del negocio. La fórmula a aplicarse será:

$$Pn * 100 / Pi$$

Dónde:

Pn: es la producción nueva del ejercicio

Pi: es el número de pólizas vigentes al inicio

Adicional al cálculo de esta forma, los métodos para el incremento significativo de la nueva producción son: compra de cartera, incremento de incentivo vendedores, campañas publicitarias para el apoyo de las ventas, reducción en las normas de suscripción, reducción de precios.

Indicador calidad de gestión con el cliente.

En el mercado asegurador también existen otros indicadores que afectan la calidad con el cliente, los mismos que permite evaluar aspectos de la vinculación del cliente con la empresa, y que permitirán mantener el grado de fidelización de los clientes. Entre estos indicadores se pueden mencionar:

Indicador velocidad de liquidación de los siniestros.

Este indicador mide el grado de agilidad de la organización en la tramitación de los siniestros. Que dicho de otra manera corresponde al período de tiempo que transcurre desde que se declara un siniestro hasta que se paga al afiliado,

La fórmula para calcular el número de rotaciones de los siniestros pendientes (“Rs”) se determina de la siguiente manera:

$$Rs = \text{siniestros pagados} / \text{provisión media para siniestros pendientes de liquidación y pago}$$

La fórmula para poder calcular el número de días (“Ts”) se determina de la siguiente manera:

$$Ts = 365/Rs$$

Para lograr que el asegurado alcance un grado de satisfacción aceptable en la gestión de un siniestro, se debe establecer lo siguiente:

- Que el pago del siniestro se efectúe pronto
- Que no exista problemas en el transcurso del trámite de reembolso
- Que el afiliado no sienta que la empresa busca no cubrir los gastos presentados o que busca efectuar recortes innecesarios.

Estos puntos mencionados anteriormente se los puede conseguir si en las empresas aseguradoras se evalúan los siguientes puntos:

- Mejorar el proceso de reembolso, el cual se conseguirá a través de la implementación de un formulario claro y preciso, de que no se pidan documentos innecesarios o que se efectúen requerimientos de documentos adicionales uno por uno.
- Que el trámite del siniestro sea manejado por un profesional, ya que los mismos pueden evitar errores en el proceso.
- Que los pagos por los reembolsos presentados se efectúen a través de transferencias.

Indicador velocidad del cobro de los recibos.

Este indicador muestra el grado de agilidad en la gestión de cobro, el mismo que define la velocidad de cobro de las facturas como el período de tiempo que transcurre desde que la compañía emite la factura hasta que cobra la prima del asegurado.

Para ello se emplea la siguiente fórmula

$$Rc = \text{Primas brutas} / \text{Primas pendientes de cobro}$$

En cambio, los días se los determina con la siguiente fórmula

$$Tc = 365 / Rc$$

Se puede mencionar que:

- El asegurado valora la agilidad administrativa
- Si los reembolsos demoran en ser cobrados, la imagen de la compañía se verá afectada. En cambio, sí se muestra un elevado índice en el cobro de las primas, es una buena señal, pues indica que existe confianza de los afiliados.

Indicador control de calidad.

El indicador de control de calidad se lo puede medir a través de los errores en las liquidaciones, el cual mide el porcentaje de error de las liquidaciones realizadas.

Para establecer este indicador se emplea la siguiente fórmula:

$$EI = (\text{Casos auditados con error de liquidación} / \text{Total de casos auditados}) * 100.$$

Indicador siniestralidad total.

El indicador de índice de siniestralidad total corresponde al porcentaje de la razón entre los costos de los siniestros producidos en la cartera de un determinado grupo de pólizas y el monto total de las primas devengadas en el mismo período.

Para establecer el cálculo de este indicador se emplea la siguiente fórmula:

$$St = \text{Siniestros totales} / \text{Primas totales}$$

Capítulo II

Marco Referencial

El presente capítulo se apoyó de tres investigaciones, las mismas que fueron realizadas en Portugal, España y en el Ecuador respectivamente, las cuales mostraron conexión, puesto que los mismos se enfocaron en evaluar las variables de este estudio como son la satisfacción y la calidad de los servicios de salud a través de las prestaciones brindadas por las diferentes compañías de seguros. Cabe mencionar que no existen muchos estudios realizados a compañías de seguros o empresas de medicinas prepagas, en las cuales se analice las variables mencionadas, por lo que se han escogido investigaciones efectuadas en el campo de la salud, para respaldar el análisis de este estudio.

Al analizar estos trabajos de investigación, no solo se orientará al lector en el tema de investigación propuesto, sino también será de apoyo para encaminar a este estudio a responder a cada objetivo planteado. Posteriormente se analizará la situación de Humana, y se finaliza con un análisis del marco legal vigente que rige a dichas instituciones.

Cárdenas (2019), en el estudio que realizó con el título “Propuesta de mejora para la gestión de servicios de seguros de asistencia médica y su impacto en el mercado de Guayaquil” (p. 1), mostró el siguiente objetivo general “Diseñar una propuesta de mejora para la gestión de servicios de seguros de asistencia médica en la ciudad de Guayaquil” (p. 7); en el estudio se indica que: “las aseguradoras privadas ofertar una mejor cobertura, ampliar la red ambulatoria, el listado de clínicas y hospitales” (p. IV); esto con la finalidad de conseguir que los clientes prospectos o asegurados contraten un seguro privado.

El tipo de estudio que se desarrolló en la investigación fue descriptivo, analítica, la técnica que utilizó para la recolección de datos fueron el método de observación directa, las entrevistas y las encuestas, para la muestra se tomó en cuenta a 272 habitantes de la ciudad de Guayaquil. La investigación permitió conocer que de los encuestados, el 33% pertenecen a edades comprendidas entre 36 y 45 años de edad, siendo el género masculino el que mayor incidencia tuvo en este estudio (59%). De igual manera los encuestados refirieron que el aspecto que consideran más importante al momento de contratar un seguro privado es la cobertura de hospitalización, y que entre los aspectos que consideran como relevantes para la atención de salud son: rapidez, limpieza de las instalaciones, personal calificado, calidad de servicio, disponibilidad del personal, disponibilidad de medicina, equipo instrumental adecuado, todas con 100%. (Cardenas, 2019, pp. 33 - 44).

La investigación de Freire (2016) cuyo título es: “Estudio de la incidencia económica en las compañías de seguros por los posibles impactos en la suscripción de contratos de seguros no acordes con condiciones de contratos de reaseguros” (p. 1), mostró el siguiente objetivo general: “Analizar los posibles riesgos que se pueden dar en el área de suscripción y de reaseguros y realizar un estudio detallado de las políticas y procedimientos que se están manejando en el mercado de Seguros Ecuatoriano, mediante la evaluación de la eficiencia de los controles establecidos con la finalidad de optimizar la efectividad de la suscripción de los contratos de seguros de una compañía de seguros” (p. 19); la técnica de muestreo escogida en este estudio fue la del muestreo probabilístico y dentro de ella el muestreo aleatorio con y sin reemplazo. Dentro de la muestra se encuestaron a 20 personas: 10 suscriptores de seguros y 10 con conocimientos en

seguros – reaseguros, y a 10 compañías de seguros: 8 compañías de seguros y reaseguros y 2 reaseguradoras (p. 54).

Dicha investigación permitió conocer que el 10% de los encuestados consideran que el ramo de salud es el que mayor siniestralidad tiene y que el porcentaje de severidad se ubica para dicho ramo en un 5%. Se constató que el 40% de las personas encuestadas indican que tienen un conocimiento regular y que el 30% tiene un buen conocimiento en lo que se refiere a la suscripción de contratos. De igual manera se verifica que existe una respuesta unánime (50% en lo económico y 50% en lo financiero) por parte de los encuestados al indicar que la mayor afectación se verá reflejada en la parte económica – financiera si se realiza una mala suscripción del contrato (Freire, 2016, pp. 40-51).

La investigación de Rodríguez (2016), mostró el siguiente título “Influencia de los seguros privados del Ecuador en los negocios internacionales” (p. 1), el objetivo de esta investigación fue “Analizar el sistema de seguros privados atribuidos a nuevos procesos administrativos para la elaboración de un plan de difusión dirigido a empresas aseguradoras y agentes involucrados al sector de seguros” (p.18); el tipo de estudio que se desarrolló fue descriptivo, exploratoria, y el método de investigación fue inductivo – deductivo. La muestra que se tomó en cuenta a las 35 aseguradoras que existen a nivel nacional (p. 52).

Se determinó que del 100% de los encuestados, el 43% indica que la forma de pago es lo que los clientes toman en cuenta para adquirir un seguro, mientras que solo un 26% se fija en la cobertura. De la misma manera en esta tesis se evaluó el grado de satisfacción que poseen las compañías de seguros ante el reordenamiento en el sistema financiero, en el cual el 29% de los encuestados poseen un grado de satisfacción medio y solo un 14% indicaron que poseen una satisfacción alta.

Otra de las respuestas que se obtuvo en esta encuesta es que un 49% está muy de acuerdo en creer que las empresas de seguros privados ecuatoriano poseen competencia para brindar coberturas en relación al comercio internacional y nadie considera que las empresas ecuatorianas no poseen dichas competencias. Se evidenció que existe un 12% de los encuestados que conocen a medias los cambios que se han realizado en la administración del sistema de seguros del Ecuador y un 8% no conoce definitivamente nada. Para lograr obtener mayor información de los procesos que se llevan a cabo por parte de la entidad reguladora del seguro ante las empresas aseguradoras, un 60% de los encuestados indican que el medio más eficaz es el plan de difusión (Rodríguez, 2016, pp. 39-48).

Benavides (2018), en el estudio que realizó con el título “Evaluación del Nivel de Satisfacción del Usuario Externo con Relación a la Calidad de Atención en el Seguro Social Campesino de la Provincia de El Oro” (p.1), mostró el siguiente objetivo general “Determinar los factores que intervienen en la satisfacción de los usuarios externos de los servicios de salud del Seguro Social Campesino a través del análisis de la percepción del servicio recibidos en los dispensarios médicos de la provincia de El Oro” (p. 11); en el estudio se indica que: “la calidad y la satisfacción son objeto de gran debate en las investigaciones de salud, especialmente en aquellos aspectos relacionados con la calidad, la satisfacción y el valor” (p. viii).

El tipo de estudio que se desarrolló en la investigación fue descriptivo, analítica, experimental, y correlacional; la técnica que utilizó para la recolección de datos fue de tipo primario, mediante encuestas. Para este estudio se tomó en consideración un muestreo no probabilístico, en el cual se escogió de forma

aleatoria entre los usuarios (200 personas) que acuden a los centros de salud del Seguro Social Campesino de la provincia de El Oro y que decidieron participar de manera voluntaria.

La investigación permitió conocer que de los encuestados, el 70% de los encuestados manifiesta no tener participación en las decisiones sobre su tratamiento; el 79% manifestaron sentirse de acuerdo con la confidencialidad de su información médica. Así mismo la gran mayoría de los afiliados percibieron un trato amable por parte de la enfermera, mientras que en menos percepción se evidenció el trato que se recibe por parte del médico. Se evidencia también que el 68% del personal de la salud se encuentra dispuesto a mencionar su tratamiento pero que existen ocasiones en que hay poca paciencia por lo que no se atrevían a realizar ciertas preguntas. Lo que respecta al factor tiempo el 72% de los usuarios manifiesta, malestar con el tiempo de espera, el 69% de los encuestados también indica insatisfacción al momento de elegir el médico porque no se dispone de un gran número de personal médico; muy importante mencionar también que el 73% de los encuestados manifiestan no sentirse de acuerdo con la atención recibida en el centro de salud (Benavides Durán, 2018, pp. 65 -71).

La investigación de Espinoza (2016) con el título: “Plan estratégico que contribuya a reducir la deserción de afiliados individuales en Ecuasanitas Guayaquil” (p. 1), en el cual el objetivo de la investigación fue: “Evaluar la pertinencia de un Plan Estratégico que contribuya a disminuir la decisión de usuarios individuales en Ecuasanitas Guayaquil” (p. 18); el tipo de estudio que se desarrolló para esta investigación fue descriptivo, deductivo e inductivo; para la muestra se tomó en cuenta 356 desafiliados individuales.

En el análisis de los resultados obtenidos en la encuesta, se determinó que del 100% de los encuestados 3 de cada 4 afiliados escogen un plan médico motivados por los factores precio, beneficio y por protegerse frente a un siniestro; que el principal motivo de deserción es por problemas económicos (58.8%); que el factor con más predominio al momento de elegir un plan médico es contar con una buena cobertura en hospitalizaciones y accidentes, el mismo que obtuvo un 23%. Así mismo los encuestados indicaron que ellos valoran mucho la experiencia que tenga en el mercado la empresa de medicina prepaga, la cual obtuvo un 29% frente al 14% de los encuestados que indicaron que lo que valoran es la infraestructura (Espinoza, 2016, pp. 26-31).

Si bien es cierto este enfoque hace entender que: el contexto de la calidad es el eje primordial de distintos sectores y demanda el énfasis en la toma de decisión con respecto a un servicio, la vigencia y la permanencia dentro del mismo, entonces si es una de las fundamentaciones esenciales debe de ser manejada con suma importancia para las empresas de distinta índole, centrándose en la calidad del servicio de salud, la satisfacción del cliente se convierten en extremos de gran incidencia administrativa ya define la exigencia del cliente sobre la efectividad del bien recibido y los valores subjetivos relacionados a ellos.

Según Clara Isabel Muñoz Colomina y Adolfo Milán Aguilar, en la conferencia del I encuentro Iberoamericano de Contabilidad de Gestión, indica que: “Si se toma el sector de seguros como ejemplo de la empresas de servicio se puede apreciar que, a pesar de sus peculiaridades, a través de sus informaciones contables, es posible establecer indicadores que permitan medir la calidad de su gestión frente al cliente con la siguiente clasificación:

- Una evaluación directa de fidelización del asegurado mediante la caída de cartera
- La calidad de la gestión de ciertas actividades relacionadas con los clientes pueden influir de forma importante en su fidelización. Por eso, indicadores como la velocidad de liquidación de los siniestros o el plazo del cobro de recibos son relevantes para estudiar el grado de satisfacción del cliente” (Muñoz, 2000).

La investigación de Escayola (2017) mostró el siguiente título “Estudio sobre la calidad percibida en clientes de seguros de particulares. Aplicación de la función Quality Function Deployment (QFD)” (p.1), el objetivo de la investigación fue “Estudiar la calidad percibida por los clientes de seguros particulares, relacionando las expectativas de los consumidores con las acciones por parte de las compañías aseguradoras que más incidencia tienen en la satisfacción de las expectativas de los clientes” (p. 26); el tipo de estudio que se desarrolló en esta investigación fue descriptiva, cuantitativa y correlacional.

Para la muestra se tomaron en cuenta a 300 clientes de seguros a quienes se les aplicó una encuesta y a 6 expertos del sector asegurador a quienes se les hicieron entrevistas. En la encuesta aplicada se utilizó el modelo QFD, adaptado al mercado asegurador español mediante el desarrollo de ISQFD, con una lista de elementos relacionados a la calidad del servicio (p.227).

Se determinó que del 100% de los encuestados el 60% ha tenido siniestro en los últimos dos años; que al analizar el grado de importancia y el grado de satisfacción, las expectativas de mayor importancia para los encuestados son el cumplimiento del contrato pactado (5.36%), tiempo de reacción de la compañía (5.31%), y la rapidez y la eficacia del servicio (5.26%), es decir que las acciones

que se relacionan al cumplimiento y eficacia del servicio proporcionado por la aseguradora son los elementos de mayor importancia para los clientes de seguros particulares seguidos por los elementos que se relacionan con la actitud y disposición de la compañía para ayudar a sus asegurados; en cambio los expertos del sector asegurador consideran de mayor importancia el precio y el margen de solvencia de la compañía (Escayola, 2017, pp. 167-174).

La investigación de Galarza (2019) cuyo título es: “Evaluación del grado de satisfacción en relación a la calidad de los servicios de salud por el seguro social campesino a los agricultores del Cantón San Jacinto de Yaguachi” (p. 1), mostró el siguiente objetivo general: “Evaluar la calidad de los servicios de salud brindados por el Seguro Social Campesino para medir el grado de satisfacción de los usuarios del dispensario médico Buena Fe N2 en el cantón San Jacinto de Yaguachi, con la finalidad de proponer mejoras a la atención de servicios de salud” (p. 10); la metodología aplicada fue de tipo descriptiva y correlacional, con enfoque cuantitativo, fue desarrollada como investigación de campo con corte transversal. Se aplicó un cuestionario basado en el modelo SERVPEF, que consta de opciones múltiples y dicotómica (p. 61).

Dicha investigación fue efectuada a una muestra probabilística de 364 personas al azar, de las que permitió conocer que el 69% de los encuestados son mujeres, cuyas edades fluctúan entre 31 a 40 años. Entre los resultados también se puede evidenciar que el 99% de los encuestados indican que es necesario que se habilite un canal de comunicación en el dispensario para que les comuniquen los cambios en las citas programadas. En la dimensión capacidad de respuesta, el 44% de los encuestados indica que el tiempo de la cita médica es de 10 minutos cuando lo correcto es que la misma dure entre 15 a 20 minutos. De igual manera

en la dimensión de confiabilidad el 31% de los usuarios indicaron que el médico respeta el derecho del paciente, mientras que el 25% indica que personal médico si brinda toda la información que desean saber. En la dimensión de empatía con el personal de la salud, los usuarios refieren que, las enfermeras tienen un trato bueno (28.6%), mientras que 24.2% indican que el trato del médico es malo y que responde de forma hostil. (Galarza, 2019, pp. 67 - 74).

Situación de Humana S.A.

La compañía Humana S.A. es una empresa con 25 años en el mercado ecuatoriano. Fue constituida en la ciudad de Quito, en el mes de octubre del año 1994, bajo las leyes de la República del Ecuador, bajo el nombre de Medicina para el Ecuador Mediecuador- Humana S.A.

Es una empresa que oferta seguros de asistencia médica, cuyo objeto social principal de acuerdo a las leyes del Ecuador es cuidar el bienestar de sus afiliados, financiando sus necesidades de salud a través del acceso a los mejores prestadores y proveedores del país con un servicio ágil, cálido, confiable y humano. Se encuentra regulada por la Superintendencia de Compañías y el Ministerio de Salud Pública.

Humana S.A. pertenece al grupo Conclina C.A., que está conformado por el Hospital Metropolitano, y Metrored. La participación actualmente se encuentra distribuida de la siguiente manera: conjunto clínico nacional Conclina C.A. (Hospital Metropolitano) posee la mayor participación (92.31%), el Dr. José María Aguirre con el 7.43% y Bionsa con el 0,26% de participación.

Actualmente la compañía compete en el mercado con BMI del Ecuador, Panamerican Life Group, Ecuasanitas y Salud, lo que la sitúa dentro del ranking de las principales compañías aseguradoras con mayor aceptación en el mercado.

Está constituida por un grupo de profesionales en el que constan: 2609 galenos, 96 hospitales y clínicas, 135 centros de atención médica a nivel nacional, 3 oficinas en las principales ciudades (Guayaquil, Quito y Cuenca) y 6 oficinas satélites ubicadas en Guayaquil y Quito.

La empresa cuenta con cerca de 200.000 afiliados, quienes son el ejemplo de que se está cumpliendo con el objetivo de cuidar el bienestar de miles de personas y sus familias, en todas las etapas de sus vidas. Entre sus afiliados están clientes individuales y familiares, empresariales, así como también corporativos. La cartera de clientes corporativos está integrada por importantes empresas del país en sectores como el petrolero, telecomunicaciones, automotriz, industrial, servicios, salud entre otros.

La empresa es consciente de que una compañía de medicina prepagada debe sostenerse sobre la eficiencia y la calidez, por ello cuenta con equipo de profesionales conformado por 260 ejecutivos especializados en diferentes áreas y con un enfoque de asesoría al cliente.

Los productos que comercializa la compañía son:

- Planes individuales y familiares
- Plan empresarial
- Plan corporativo
- Planes de coberturas específicas (Gastos mayores, coberturas de cáncer, cobertura dental y Marathon juega seguro).

Misión.

Ser un sistema de financiamiento de servicios integrales de salud y bienestar para clientes individuales y empresariales

Visión.

Brindar el acceso a los mejores prestadores y proveedores del país, a través de una cultura organizacional basada en un servicio: ágil, cálido, confiable y humano” cuidando del bienestar de los clientes, lo que dá seguridad al servicio correlacional que prestan.

Valores.

- Eficiencia
- Excelencia
- Calidez
- Seguridad
- Calidad
- Respeto por el ser Humano
- Ética e Integridad

Organigrama Funcional.

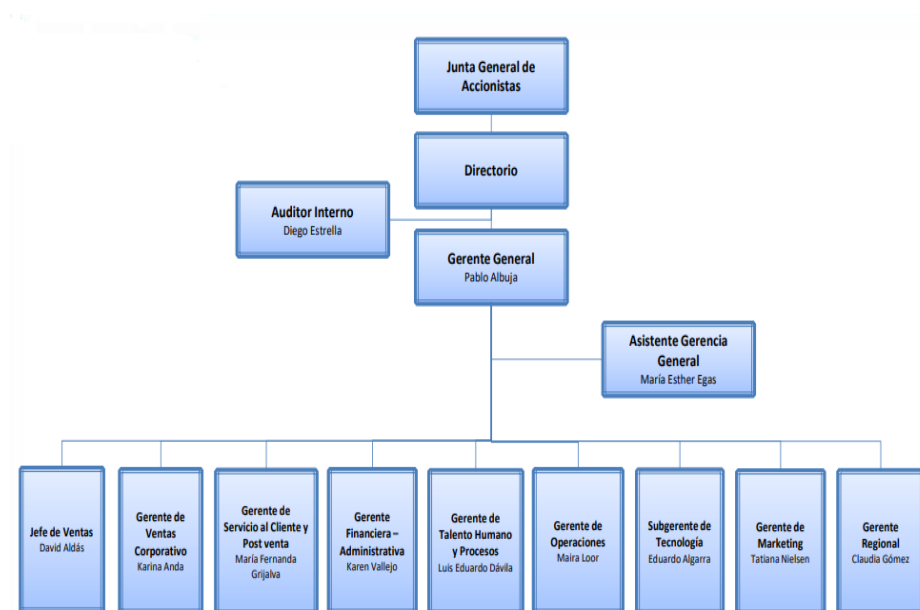


Figura 2 Organigrama General Humana S. A.

La compañía Humana S.A. está integrada por un directorio que reporta directamente a la Junta General de Accionistas acerca si se está cumpliendo o no la misión de la empresa, apoyar y supervisar al Gerente Genreal y velar por el desarrollo de las personas que ahí laboran. En el tercer nivel horizontal encontramos la gerencia general que está precedida por el Ing. Pablo Albuja, quien se encarga de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades planificadas. Realiza evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento de las funciones de las gerencias departamentales; adicionalmente dará informe acerca de su gestión y de los resultados al directorio de la empresa. En trabajo mancomunado con la gerencia se encuentra las funciones del asistente de Gerencia General, quien es una pieza importante dentro de la organización y cuyas funciones consisten en apoyar y dar asistencia al gerente general. Existe un auditor interno cuya función consiste en prevenir e implementar controles para evitar que se cometan fraudes en la compañía. Bajo la gerencia general tenemos a los jefes, gerentes y subgerentes departamentales, quienes reportan directamente

a la gerencia general cuyo rol primordial es el de maximizar la utilidad productiva de la organización o departamento, son los responsables de lo que sucede en cada departamento, y su labores corresponde en liderar de acuerdo a los valores, estándares, políticas y procedimientos de la organización, están a cargo de los coordinadores de área y del resto del talento humano con el que cuenta la empresa.

Mapa de Procesos

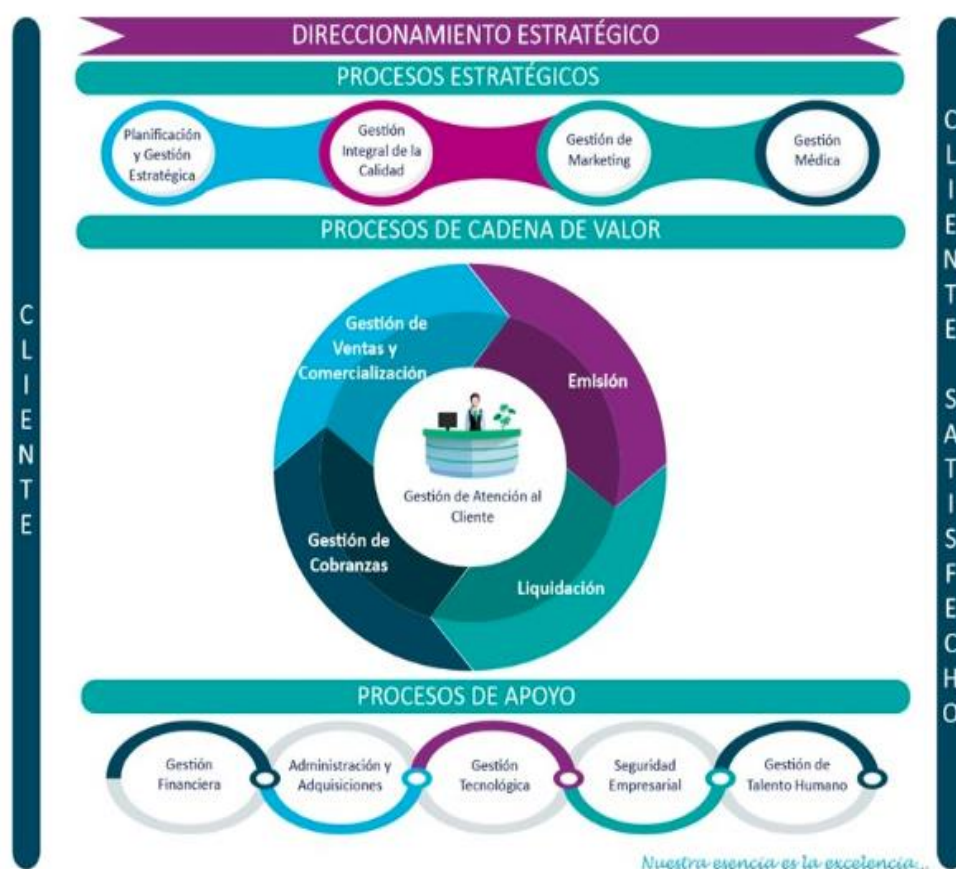


Figura 3 Mapa de Procesos Humana S. A.

Humana tiene procesos a nivel 1 (macroprocesos) se desagregan en procesos a nivel 2 y/o nivel 3 respectivamente en los cuales se identifican las entradas, salidas, interrelaciones, recursos, así como se determinan y aplican métodos para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos; y se asignan responsabilidades y autoridades para estos procesos, se evalúan y se mejoran.

Funciones y responsabilidades departamentales

Departamento de Auditoría Médica.

El departamento de auditoría médica tiene como objetivo establecer los lineamientos para cumplir de forma eficiente con las auditorías médicas a fin de tener un control adecuado de la siniestralidad. Entre sus funciones están:

- Censo diario con los prestadores hospitalarios
- Autorización y emisión de créditos hospitalarios
- Autorización de créditos ambulatorios para exámenes de alta complejidad.
- Realizar validación contractual del acuerdo al contrato o convenio establecido
- Validar el expediente médico vs el contrato o convenio establecido
- Validar el contrato en el aplicativo correspondiente
- Validar pertinencia médica y determinar el financiamiento
- Ingresar preexistencias de los afiliados al sistema.
- Auditoría de emisión de contratos nuevos
- Realizar carta de negativas de financiamiento de acuerdo al contrato correspondiente
- Realizar corrección del crédito y comunicar los cambios al departamento de servicio al cliente.
- Realizar auditorías de campo

Departamento de Servicio al Cliente.

El departamento de servicio al cliente tiene como objetivo establecer los lineamientos para la estandarización de los requisitos del cliente, su validación y

direccionamiento, a fin de solventar los requerimientos solicitados. Entre sus funciones están:

- Recibir y atender requerimientos de los clientes y del contact center
- Analizar requerimiento y entregar información del trámite al cliente
- Recibir y validar documentación de reembolsos entregados por el cliente
- Realizar validación contractual
- Direccionar requerimiento del cliente
- Entregar información al cliente de acuerdo al trámite solicitado
- Emitir turnos para la prestación de servicios en el sistema

Departamento de Liquidaciones.

El departamento de liquidaciones tiene como objetivo establecer los lineamientos para la ejecución de las liquidaciones de pago al afiliado y al prestador, bajo las condiciones establecidas en los contratos con los afiliados o con los prestadores en convenios respectivamente. Entre sus funciones están:

Pago al afiliado.

- Recepar y verificar cartas vs solicitudes de reembolsos enviadas por los brókeres o ejecutivos de servicio al cliente
- Revisión documental
- Ingreso de reembolsos en el sistema
- Buscar en el aplicativo al afiliado y el contrato
- Realizar validación técnica y contractual
- Liquidaciones de pago al afiliado de acuerdo al contrato
- Aprobar, negar o devolver solicitud de liquidación y remitir a quien corresponda.

- Notificación al ejecutivo de servicio al cliente que los expedientes están incompletos
- Enviar el expediente al área de auditoría médica
- Imprimir reporte de liquidaciones y entregar expedientes
- Digitalización de reembolsos
- Generación de reportes

Pago al Prestador.

- Receptar y verificar cartas vs solicitudes de reembolsos enviadas por los prestadores en convenio
- Revisión documental
- Ingreso de reembolsos en el sistema
- Buscar en el aplicativo al afiliado y el contrato
- Realizar validación técnica y contractual
- Liquidaciones de pago al prestador de acuerdo al contrato y al convenio establecido con el prestador
- Notificación al prestador de los expedientes están incompletos
- Enviar el expediente al área de auditoría médica
- Imprimir reporte de liquidaciones y entregar expedientes
- Digitalización de reembolsos
- Generación de reportes

Departamento Comercial.

El departamento de comercial tiene como objetivo realizar el contacto efectivo con el cliente directo o bróker para gestionar la venta de planes de medicina Prepagada que ofrece Humana y formalizar la firma de los contratos.

Entre sus funciones están:

- Verificar el tipo de solicitud del cliente
- Receptar y registrar información del cliente
- Informar datos del nuevo prospecto para la gestión respectiva
- Realizar reporte mensual de los prospectos
- Prospeccionar clientes y generar bases de datos
- Validar el cruce de ventas y aprobar la venta a un ejecutivo
- Llamar a los registros asignados
- Programar agenda de visitas y visitar al cliente
- Presentar el producto al cliente
- Reagendamiento de citas
- Realizar suscripción en línea
- Registro de novedades
- Llenado de formulario para ventas de planes
- Registrar promociones o porcentajes de descuento
- Receptar documentación habilitante firmada
- Validación y corrección de la documentación recibida para evitar errores
- Receptar y verificar que los datos de pago estén correctos de acuerdo al cupón de pago
- Emitir recibo de pago
- Validar información del contrato, pago y codificación de preexistencias
- Registro de ventas y entrega de contratos
- Recibir y revisar errores del contrato
- Recibir y gestionar los contratos en mora con el cliente
- Entregar el contrato regularizado y aprobado por cobranzas

- Notificar al cliente la negativa de ingreso y el proceso para la devolución del dinero.

Departamento de Talento Humano.

El departamento de talento humano tiene como objetivo reclutar, seleccionar y contratar al personal idóneo que cumpla con los requisitos establecidos y descritos en el perfil del cargo, de acuerdo a la necesidad de la organización.

Entre sus funciones están:

- Realizar la requisición del personal
- Revisar y formalizar la solicitud de requisición del personal
- Elaborar y publicar vacantes
- Analizar las postulaciones de los candidatos
- Contactar a las personas que cumplan con el perfil requerido
- Aplicar evaluaciones psicométricas y competencias al postulante
- Realizar la entrevista con el postulante y evaluaciones técnicas a los candidatos
- Analizar los resultados de la evaluación de los postulantes
- Definir los candidatos finalistas
- Validar referencias laborales
- Realizar la toma de decisión final
- Efectuar oferta de trabajo
- Enviar documentación para el ingreso y pedido de exámenes ocupacionales
- Recibir y validar documentación

- Generar el contrato, receptar firmas e ingresar al nuevo colaborador en el máster de empleados
- Notificar a toda la organización de los nuevos ingresos
- Generar el aviso de entrada al IESS del nuevo colaborador
- Entregar al apoderado especial la documentación física
- Firmar los contratos de los nuevos colaboradores
- Registrar contrato en el Ministerio de Trabajo y elaborar el perfil del personal
- Enviar a nómina novedades del máster de empleado
- Generar, revisar y firmar la carta de movimiento del personal

Concluyendo que el proceso de las operaciones de las entidades de seguros, son de gran incidencia dentro de la población civil, debido a que aseguran no solo bienes muebles e inmuebles sino la integridad física como tal de los individuos, por lo que aunado a esto, en el estudio de titulación realizado por: Sánchez, Faustino (2018), *“Análisis y propuesta de financiamiento para el seguro integral de salud”*, Trabajo de Investigación presentado para optar al Grado Académico de Magíster en Gestión Pública, Universidad del Pacífico, Escuela de Postgrados, Lima, Perú, p. 10, indica que:

En un mercado competitivo, la demanda (es decir, los consumidores) toma sus decisiones según sus preferencias y en base a su restricción presupuestaria; por el lado de la oferta, los productores toman sus decisiones de cuánto producir en base a sus costos (minimizan costos), llegando al equilibrio competitivo cuando ambos coinciden en un punto en común (Sánchez, 2018, pág. 22).

Marco Legal

Para enmarcar el desarrollo de presente proyecto de investigación, dentro del marco de referencia se seleccionan los temas de interés que aporten a la investigación que se está llevando a cabo, debido a que en la actualidad los individuos no están separados de la sociedad donde priman los servicios como son: educación, salud, vivienda, etc., siendo una de ellas el objeto de estudio, que corresponde al ámbito de salud, motivo por el cual el aspecto legal regula la intervención de las entidades que prestan servicios de salud prepagada.

En el Art. 3 de la Constitución de la República se establece que:

Son deberes primordiales del Estado:

“1. 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” (Asamblea Nacional Constituyente, 2008), razón por la cual desde tiempos memorables se ha trabajado por otorgar a los habitantes un seguro social público creándose el Seguro Social en el Ecuador, el mismo que nace con el auge del agroexportador a inicios del siglo, con los primeros años del desarrollo capitalista en el país. En el año de 1937 surge el Fondo Privado para Empleados y Obreros el mismo que otorgaba cobertura a: los riesgos de vejez, invalidez, sobrevivientes, enfermedad, maternidad y fondo mortuario.

En el año 1993 se promulga la Ley, que crea el Seguro Social obligatorio y el Instituto Nacional de Prevención, por lo que hasta la actualidad notamos que todo ciudadano ecuatoriano de acuerdo a lo que se estipula en la Constitución de la República en su art. 34 que reza:

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 (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008).

Por lo anteriormente indicado, se puede evidenciar que todos los individuos desde que nacen tienen derecho a cubrir sus necesidades de salud siendo el Seguro Social uno de los entes encargados de velar por el bienestar de los ciudadanos.

Pese a los múltiples esfuerzos del Estado por cubrir la gran demanda se crea la Nueva Ley de Medicina Prepagada, en el año 2016, cuyo espíritu es normar el mercado de los Seguros Privados, por lo que en el Art. 5 de la Ley Orgánica que regula las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica, la misma que en su parte pertinente señala:

Pertenencia al Sistema Nacional de Salud. - Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, formarán parte del sistema nacional de salud, a cuyas políticas públicas estarán sometidas obligatoriamente. (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016).

Para tener una visión amplia de cómo se maneja el seguro privado se indica cuáles son los inicios de sus prestaciones de forma contractual y voluntaria, a través del cual una entidad se obliga a cubrir el daño o siniestro a una persona por medio del cobro de la prima y la emisión de la póliza, se delimitan los derechos, obligaciones y coberturas tanto del asegurado como el asegurador; de tal forma que de acuerdo al plan o póliza, el Seguro de Medicina Prepagada cobra un costo mensual para poder financiar todo o parte de los gastos médicos incurridos, existen dos formas de acceso: de manera individual o por el empleador.

A pesar de hacer énfasis en la calidad del servicio, no es menos evidente que en nuestro país no existe una cultura de aseguramiento, lo que provoca que las entidades oferentes no se encuentren ubicadas en la preferencia de la población y absorban este servicio sino hasta últimas consecuencias cuando el siniestro se ha producido y las instituciones que lo prestan generaron tablas de aceptación contractual que en mucho de los casos no permitían el ingreso de usuarios inmersos en ellos, por tanto el Estado Ecuatoriano tuvo que regular con exigencia para que se cree la cobertura necesaria, aboliendo la discriminación mediante el Art. 50 en la Constitución del 2008 que reza: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente” (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 38).

Para fundamentar la Reglamentación tomamos como base el Principio de la Información de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que en su Art. 215 menciona que:

El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permitirá conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios, para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles. En esta actividad se establecerá coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y con otras fuentes de información en salud (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Por lo que se revisan los estudios actuariales desarrollados por INEN de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbano y Rural realizada en el año 2011 y 2012 donde se evidencia que las familias desembolsaron cerca de USD 179 millones en servicios de salud, el mismo que representa el 60,5% del gasto total y que para los rubros de los seguros privados sólo representó sólo 4,8%, por lo que el impacto para el Seguro Social Individual Estatal y para las familias ecuatorianas se ve incrementado, pero si éstas tuvieran un seguro privado que los respalde en momentos inesperados o del quebranto de la salud de algún miembro del hogar el impacto económico sería menor.

Por lo que esta falta de cultura se ve plenamente reflejada en los gastos no programados para situaciones futuras sino por situaciones forzadas, donde prevalece el hecho de solucionar la problemática rápidamente y no el hecho de manejar una póliza que le permita revisar coberturas o ampliar para manejar sus siniestros; lo fundamentamos con las cifras presentadas por el INEN en su documento Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III Serie de Información Estratégica, dónde se evidencia claramente que el 59,10% no posee ningún forma de seguro (INEN y ONU Mujeres, 2013).

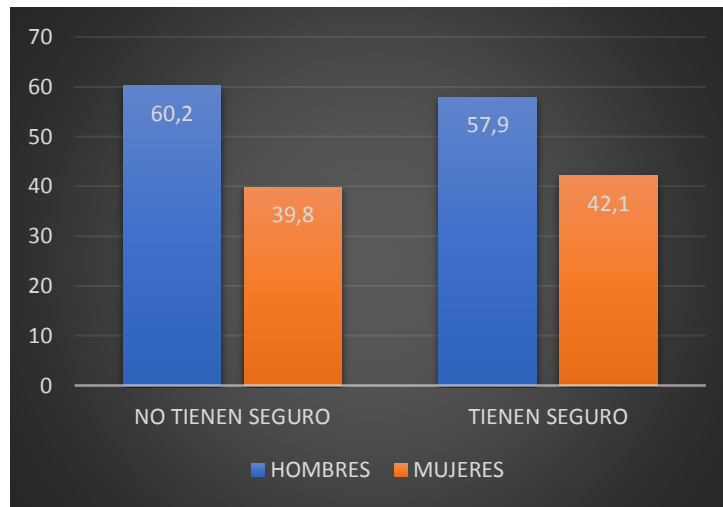


Figura 4 Porcentaje de población con acceso a los seguros

CAPITULO III

Marco Metodológico

Partiendo del concepto de satisfacción del cliente, dado por la Norma ISO 9001:2015- 9.1.2. que determina específicamente: “La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes, del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información”. (COMMITTEE, 2015). El índice de la percepción del cliente y de sus posibles beneficios versus sus necesidades y las reales expectativas recrean el servicio percibido y en términos generales determina la renovación, permanencia y promoción de la marca, que garantiza la solvencia de la empresa. En este capítulo se describirá la metodología que se empleó para la obtención de los datos. Para ello primero se definen algunos conceptos básicos como enfoque, diseño y tipo de investigación. Luego se indicará las técnicas e instrumentos que se emplearán para la recolección de datos y por último se presentará los resultados, los mismos que ayudarán en el planteamiento de la propuesta en el capítulo final de esta investigación.

Enfoque de investigación

El método aplicado en esta investigación es deductivo, ya que nace de una conclusión, ley o principio general aterrizando a los casos particulares, secuencias y aplicaciones. Tal como se referencia en el libro de Metodología de la Investigación, descrito por Roberto Hernández que menciona que: “Esta aproximación se vale del lógico razonamiento deductivo, que comienza con la teoría y de estas se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador somete a prueba” (Hernández Sampieri, 2014).

De acuerdo con método científico que interviene desde el inicio de esta investigación se puede observar que: la satisfacción del usuario depende de la influencia de los servicios que percibe hasta llegar a la calidad; basado en el método estadístico que nos permite demostrar mediante gráficos y tablas el análisis e interpretación de los resultados obtenidos como un informe final, por lo que de acuerdo con (Bernal, 2010, p. 59), indicó que: el método deductivo es un método de razonamiento que consiste en tomar conclusiones generales para obtener explicaciones particulares. El método se inicia con el análisis de los postulados, teoremas, leyes, principios, etc de aplicación universal y de comprobada validez, para aplicarlos a soluciones o hechos particulares.

El enfoque de investigación escogido para abordar esta problemática será de carácter cuantitativo, después de haber delimitado el problema, plantear los objetivos y establecer el tipo de investigación, el siguiente paso sería formular una planificación estratégica con el fin de cumplir el propósito de este trabajo científico, por lo que hago referencia a (Hernández Sampieri, 2014) que menciona que: “La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican a un fenómeno de estudio o problema”, de acuerdo a esto al hablar de procesos sistemáticos y al utilizar como escala de medición a SERVQUAL que consta de 44 preguntas de: expectativas y percepción, permitirá clarificar la satisfacción en base a la diferenciación de las expectativas con las percepciones, si obtuviera un valor positivo en esta diferencia concreta la insatisfacción se pondría de manifiesto ya que las expectativas serán más grandes que el servicio brindado, mientras que si obtuviéramos un valor negativo que representa la satisfacción al ser la percepción mayor a las expectativas que tenía.

Este estudio tiene un respaldo de base documental como son: estadísticas de afiliados, planes de medicina prepagada, estadísticas de reembolsos pagados, etc.

Diseño de la investigación

Con lo anteriormente expuesto se puede deducir que la metodología a implementarse es la no experimental, pues no se van a manipular los efectos, los mismos ya se han producido. No se modificarán variables, pues solo se seleccionarán de hechos concretos. No se basará este estudio en un futuro próximo sino en la orientación en los hechos que han pasado.

En la aplicación de la encuesta que se estructuró para la presente investigación, se lo hará tomando en cuenta los grupos de clientes tomados al azar de la base de datos de la empresa.

Alcance de la investigación

El presente estudio tiene un alcance descriptivo y correlacional, pues utiliza las dimensiones del modelo SERVQUAL, siendo estas: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, y elementos tangibles. Al implementar estadística descriptiva mediante el uso de histogramas se evidenciará los resultados; creando de esta manera supuestos de lo que ocurre basándose en los patrones de los datos que cada dimensión provee, con lo que estos aspectos en concreto revelan las causas de insatisfacción para el desarrollo de la propuesta.

Técnicas de recopilación de datos

Las técnicas de recolección de datos según Arias (2006, p.146) son las distintas formas o maneras de obtener información; el mismo autor enuncia que los instrumentos son medios materiales que se emplean para recoger y almacenar datos.

En este presente trabajo la técnica utilizada para la recopilación de datos serán las encuestas, las que permitirán obtener información que fundamenten la medición de las variables de estudio, siendo analizados de forma global los resultados encontrados para confirmar o predecir las relaciones de los mismos en la formulación o demostración de la teoría. Cabe recalcar que la encuesta a ser aplicada está basada en el modelo SERVQUAL, que son una serie de preguntas estandarizadas para la medición de la calidad del servicio, esta técnica fue desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry bajo el auspicio del Instituto de Ciencias de Marketing de los Estados Unidos y validado a América Latina por Michelsen Consulting, en junio de 1992.

El modelo SERVQUAL se enfoca en la diferenciación de las expectativas versus las percepciones para construir lo que conocemos como calidad, en el que se define factores como:

- Información dada “boca a boca” (comentarios, recomendaciones, valoraciones, etc.) por parte de amigos, familiares o conocidos acerca del servicio ofertado.
- Requerimientos personales.
- Criterio que tenga el usuario basado en las experiencias previas al servicio brindado.
- Publicidad efectiva que la empresa realice en distintos canales de comunicación, lo que incide en las expectativas que crea en el usuario.

De acuerdo a lo antes mencionado, al momento de elaborar la encuesta se tomaron en cuenta características propias de los afiliados de la compañía Humana de la ciudad de Guayaquil, poniéndose en manifiesto 5 dimensiones dentro de las

expectativas del cliente que son los elementos: tangible, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Elemento tangible: le corresponde el aspecto físico como: instalaciones, el personal, el equipo y material de comunicación.

Elemento fiabilidad: habilidad que tiene la empresa para ejecutar el servicio ofertado de una manera confiable, segura y precisa, de tal forma que la empresa cumpla con el contrato firmado, el mismo que constituye en un acuerdo entre ambas partes,

Elemento capacidad de respuesta: consiste en orientar de manera ágil y oportuna a los clientes, destacando la experiencia que tenga la empresa para resolver los requerimientos de los usuarios por medio de un personal capacitado e idóneo al perfil del cargo que ostenta, por lo que, la visión no debe estar en los requisitos planteados por la organización sino en la necesidad del consumidor, por ende la flexibilidad y la personalización son componentes principales de la capacidad de respuesta.

Elemento seguridad: es el profesionalismo, conocimiento, credibilidad y cortesía de los empleados para infundir honestidad y confianza a los usuarios, para ello el personal deberá atender a los clientes con voluntad y prestancia, esto se podrá desarrollar sólo si el ejecutivo cumple con sus funciones y es coherente con la filosofía organizacional.

Elemento empatía: está dirigida a establecer una comunicación efectiva, para convertir al cliente en un eje primordial, dotándolo de un servicio personalizado con el que se sienta conforme e identificado con las prestaciones percibidas.

Con lo que esta matriz permitirá evaluar las expectativas y percepciones del usuario, revelando las brechas entre estos dos aspectos y de esta manera reflejar la satisfacción o insatisfacción del mismo.

Esta metodología servirá para realizar una investigación a profundidad con un cuestionario de 44 preguntas y de esta manera comparar cuáles fueron las percepciones que tuvo el cliente en base a las expectativas que tenía antes, con lo que evidentemente visualizaremos de mejor manera el grado de satisfacción del usuario de acuerdo al servicio brindado.

Como se puede observar en la tabla 3, se muestra el cuestionario que se va a aplicar.

En la primera parte de la encuesta se detalla los datos sociodemográficos, los cuales permitirán conocer a la población estudiada; en la segunda sección se han colocado 22 preguntas que están enfocadas en las expectativas del cliente hacia lo que espera recibir por parte de la compañía y en la tercera parte que consta también de 22 preguntas adicionales que se enfoca hacia las percepciones que tiene cliente cuando ha hecho uso del servicio brindado.

Tabla 3
Descripción de la estructura del cuestionario

NOMBRE DE LA SECCIÓN	CONTENIDO	ITEMS
1. Características Sociodemográficas	Género, edad, nivel de estudios, tipo de póliza, conocimiento de la compañía	1, 2, 3, 4, 5
2. Dimensión de Tangibilidad	Apariencia, Tecnología y Confort	1, 2, 3, 4
3. Dimensión Fiabilidad	Respuesta, Precisión y Cumplimiento a peticiones	5, 6, 7, 8, 9
4. Dimensión Capacidad de Respuesta	Rapidez y tiempos (respuesta, servicios y plazos)	10, 11,12,13,14
5. Dimensión de Seguridad	Seguridad, Profesionalidad, Cortesía y Credibilidad	15,16,17,18
6. Dimensión de Empatía	Comprensión, Comunicación y Accesibilidad	19, 20, 21, 22
7. Dimensión Calidad	Solución de Quejas, Servicio Esperado	1, 2, 3

8.	Funcional Percibida Dimensión Calidad Técnica Percibida	y Mejorado, Personal Colaborativo. Mejoras en el servicio y Servicios conformes	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
9.	Dimensión Valor Percibido	Transmisión de confianza, precios y tazas adecuadas, solución de problemas	11, 12, 13, 14, 15
10.	Dimensión Confianza	No cometer errores, preocupación por las necesidades de los usuarios	16,17, 18, 19
11.	Dimensión Expectativas	Servicios adaptados, atención personalizada, personal capacitado.	20, 21, 22

Adaptado del modelo SERVQUAL.

Tomado de Díaz de Santos, (1993); SERVQUAL. Un instrumento para medir la calidad en los servicios

Variables

Antes de definir las variables en estudio, se conceptualizará el término de variable, el mismo que en la guía didáctica del libro de Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa, la describe como:

“Una característica o propiedad de la realidad que puede variar entre un individuo y conjuntos” (Álvarez, 2011, p. 85). Para este trabajo de investigación, se aplicarán:

Variable independiente.

Calidad del Servicio. El concepto de calidad percibida se refiere al “juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (Zeithaml, 1988). En términos de servicio significaría un juicio global, o aptitud relacionada con la superioridad del servicio (Parasuraman, 1988), tomado de (Duque, 2005). Por lo tanto la calidad del servicio percibida es abstracta y multidimensional pues se relacionan los productos o servicios (procesos de desarrollo, diseño, producción, ventas, mantenimiento, etc.), lo que hace que el cliente diferencie entre sus expectativas y lo que percibe como un resultado.

Variable dependiente.

Satisfacción del usuario. Definida como “el juicio del cliente respecto a un producto o servicio; es decir, desde el punto de vista de las expectativas” (Gupta, 2005). Otros lo enmarcan como un proceso de evaluación de una experiencia de compra de un producto o servicio, donde se comparan aquellas expectativas del cliente con los resultados alcanzados (Westbrook, 1983). Por ende tenemos aristas como: deseos, necesidades y expectativas, donde la decisión de optar por un producto bien o servicio siempre estará en contraposición entre el gastos, el recurso y el ahorro, es decir que a la hora de elegir un producto o servicio los precios, lo atractivo y la calidad de los mismos juegan un papel importante a la hora de consumir, este proceso de evaluación implica la satisfacción o insatisfacción del mismo.

Tabla 4
Operacionalización de Variables

OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	INSTRUMENTO	FUENTE
Evaluar la calidad de servicio brindado por Humana S.A. para medir el grado de satisfacción de los usuarios.	Independiente: Calidad del Servicio	TANGIBLE	Apariencia, Tecnología y Confort	1 - 4	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		FIABILIDAD	Respuesta, Precisión y Cumplimiento a peticiones	5 - 9	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		CAPACIDAD DE RESPUESTA	Rapidez y tiempos (respuesta, servicios y plazos)	10 - 14	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		SEGURIDAD	Seguridad, Profesionalidad, Cortesía y Credibilidad	15 - 18	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		EMPATÍA	Comprensión, Comunicación y Accesibilidad	19 - 22	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
	Dependiente: Satisfacción del Usuario	CALIDAD FUNCIONAL PERCIBIDA	Solución de Quejas, Servicio Esperado y Mejoramiento, Personal Colaborativo.	1 - 3	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		CALIDAD TÉCNICA PERCIBIDA	Mejoras en el servicio y Servicios conformes	4 - 10	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		VALOR PERCIBIDO	Transmisión de confianza, precios y tasas adecuadas, solución de problemas	11 - 15	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		CONFIANZA	No cometer errores, preocupación por las necesidades de los usuarios	16 - 19	Encuesta	Asegurados Humana S.A.
		EXPECTATIVAS	Servicios adaptados, atención personalizada, personal capacitado.	20 - 22	Encuesta	Asegurados Humana S.A.

Fuente: Encuestas aplicadas

Población y Muestra

Basándonos en Lenin y Rubín: “Una población es un conjunto de todos los elementos que estamos estudiando, a cerca de los cuales intentamos sacar conclusiones.” (Levin, Rubin, Del Valle, & Gómez , 1996, p. 10). La compañía Humana se encuentra en las 3 principales ciudades de nuestro país como son: Guayaquil, Quito y Cuenca, alcanzando las siguientes cifras:

Tabla 5
Asegurados por provincia 2020

CIUDADES	CANTIDAD DE AFILIADOS
Quito	144.387
Guayaquil	52.953
Cuenca	223
Total	197.563

Tomado de: Departamento de Control de Calidad Humana S.A., enero 2019

Por lo tanto, este trabajo de investigación se centrará en la población que corresponde a la ciudad de Guayaquil por ser la localidad de estudio, constituida por 52.953 afiliados de Humana.

Según Hernández Sampieri. (Hernández Sampieri, 2014, p. 6), indicó que:

“La muestra es un subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que deben de ser representativa de estas”.

Al aplicar la ecuación estadística para proporciones poblacionales y siendo ésta considerada una población finita en la antes ya mencionada cantidad de usuarios, obtendremos una muestra de 382 afiliados de la compañía Humana S.A. a ser encuestados pertenecientes a la ciudad de Guayaquil, que a continuación detallaremos:

Fórmula.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{52953 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(52953 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{52953 \times 3,84 \times 0,25}{0,0025(52952) + 3,84 \times 0,25}$$

$$n = \frac{52953 \times 0,96}{132,38 + 0,96}$$

$$n = \frac{50834,88}{133,34}$$

$$n = 381,24$$

En donde:

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Siendo el tipo de muestreo estadístico de método aleatorio simple, ya que es necesaria una lista ordinal de clientes con sus correos electrónicos, para poder enviar dicha encuesta, cuya recepción de la encuesta se dará pulsando el botón de enviar al correo. Los datos fueron tomados por medio de una encuesta electrónica enviada a los correos personales de los asegurados en cuestión.

Tipos de Fuentes

Las fuentes de información son determinados instrumentos con los cuales se obtienen datos necesarios para realizar el estudio de mercado. Si bien es cierto existen dos tipos de información, la primaria y la secundario, en este caso de estudio, nos basaremos en la primaria, ya que es la información que se recolecta de primera mano de la fuente, esta tiene como característica principal la generación de datos cualitativos y cuantitativos, recolectados por el

investigador, aplicados en un trabajo de campo donde la muestra no exige un proceso riguroso de selección. De acuerdo a lo antes mencionado, la fuente de información primaria a emplearse será la encuesta, basándonos en un cuestionario donde se dará a conocer las normas básicas para la recolección de los datos, en el cual las respuestas ayudarán a responder las preguntas planteadas en el presente estudio de investigación.

Buendía y otros (como se citó en Rodríguez, 2010), la encuesta sería el método de investigación capaz de dar respuestas a problemas tanto en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida de la información sistemática, según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida (Buendia Eisman, p.120, 1998).

La escala de Likert, es un tipo de medición utilizada comúnmente en los cuestionarios, con el objetivo de medir aptitudes y opiniones, que normalmente se utilizan de 3 a 5 elementos de opinión, donde se aprecia un máximo, un mínimo y un punto medio neutral, siendo este tipo de medición cualitativa, donde prima el ser preciso, cuidadoso con los adjetivos, polarizar los extremos de satisfacción en la elaboración del cuestionario. Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932, el mismo consiste en un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías (Hernández Sampieri, 2014, p. 245).

En esta investigación se utilizó la siguiente escala de Likert que se muestra a continuación, en donde 1 corresponde a la puntuación más baja y 5 el puntaje más alto utilizado por los encuestados.

Tabla 6
Medición Escala de Likert

CÓDIGO	APRECIACIÓN
5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo
3	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
2	En desacuerdo
1	Totalmente en desacuerdo

Adaptado de: Escala de Likert (*Hernández Sampieri, 2014, p. 6*)

Herramientas de análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento, la tabulación de los datos recogidos se lo realizará mediante el sistema SPSS 22 y el sistema Microsoft Excel, que nos permite representar los datos recopilados mediante tablas y gráficos estadísticos, los cuales ayudarán a describir las variables planteadas. Para esto se procedió a realizar los siguientes pasos:

- Edición y tabulación de los datos recogidos
- Análisis de confiabilidad de la encuesta mediante. Se lo efectuó mediante el uso de la herramienta SPSS para poder determinar el Alpha de Cronbach.
- Presentación numérica de los datos recogidos en la encuesta
- Exposición de datos mediante la utilización de la herramienta Microsoft Excel para mostrar los datos de manera visual.

Análisis de Resultados

El siguiente paso luego de haber recogido los datos, fue procesar los datos para poder analizarlos, mediante las técnicas de codificación y la tabulación. Posterior a ello se procedió a analizar la confiabilidad del cuestionario, a través de la aplicación de la prueba Alpha de Cronbach, en el cual este coeficiente que se basa en el promedio de las correlaciones de los ítems, y se usa para medir la validez y fiabilidad de la encuesta aplicada. Si esta recolección de

información sale defectuosa trae resultados equivocados al final de la investigación, pero si sale positiva arroja conclusiones efectivas (García, 2010).

En la muestra probabilística escogida al azar se encuestaron 382 afiliados de la compañía Humana de la ciudad de Guayaquil, a partir del cual se obtuvieron los siguientes resultados: El Alpha de Crombach de la escala utilizada fue de 0.967, lo que quiere decir que existe mayor consistencia interna de los elementos en la escala, lo que significa una alta confiabilidad de la misma.

Los resultados mostrados en la tabla 7, en el primer recuadro, describen la consistencia interna de la escala utilizada, puesto que los ítems se encuentran asociados entre ellos, esto dado que el Alpha de Crombach en este estudio dio un valor de $r=0.967$. Al revisar la información de la tabla, se evalúa la columna de Corrected Item-Total Correlation, en la que se verifica que el ítem con menor correlación, corresponde al elemento empatía y que corresponde a la pregunta No. 20 en donde $r=0.386$, por lo que se debería considerarse en eliminar este elemento de la escala ya que no se correlaciona como el resto de los elementos.

El segundo análisis corresponde a la columna del Cronbach's Alpha if Item Deleted, la cual es importante ya que en esta medición se calcula cual sería el Alpha de Crombach si se elimina un elemento en particular. Al analizar los datos obtenidos en esta columna, se evidencia que al ser el alfa más alto ($r=0.968$), nos indica que existe más confiabilidad.

Otro análisis realizado en este estudio corresponde a la correlación de Spearman, con el cual se pudo comprobar la hipótesis planteada (la calidad de los servicios brindados por Humana S.A. influye significativamente en la satisfacción de los usuarios de la ciudad de Guayaquil); y comprobando que existe una correlación positiva moderada de 0.707.

Tabla 7

Análisis de confiabilidad del cuestionario para medir el grado de satisfacción de la calidad de los servicios brindados por Humana S.A.

Calidad de Servicios	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Elem. Tangible. Preg. 1	168.576	631.442	.586	.	.967
Elem. Tangible. Preg. 2	168.984	617.984	.636	.	.967
Elem. Tangible. Preg. 3	167.887	639.890	.568	.	.967
Elem. Tangible. Preg. 4	168.733	632.023	.411	.	.968
Elem. Fiabilidad. Preg. 5	168.390	623.750	.751	.	.966
Elem. Fiabilidad. Preg. 6	168.327	622.914	.709	.	.966
Elem. Fiabilidad. Preg. 7	168.327	625.811	.776	.	.966
Elem. Fiabilidad. Preg. 8	168.170	635.433	.554	.	.967
Elem. Fiabilidad. Preg. 9	168.610	620.412	.724	.	.966
Elem. Capacidad de Respuesta. Preg. 10	168.421	617.142	.744	.	.966
Elem. Capacidad de Respuesta. Preg. 11	168.359	622.609	.654	.	.966
Elem. Capacidad de Respuesta. Preg. 12	168.045	632.058	.692	.	.966
Elem. Capacidad de Respuesta. Preg. 13	168.264	633.156	.717	.	.966
Elem. Capacidad de Respuesta. Preg. 14	168.264	629.439	.508	.	.967
Elem. Seguridad. Preg. 15	168.264	632.274	.746	.	.966
Elem. Seguridad. Preg. 16	168.264	630.636	.692	.	.966
Elem. Seguridad. Preg. 17	167.982	633.320	.748	.	.966
Elem. Seguridad. Preg. 18	168.013	634.422	.720	.	.966
Elem. Empatía. Preg. 19	168.484	629.495	.635	.	.967
Elem. Empatía. Preg. 20	168.421	640.260	.386	.	.967
Elem. Empatía. Preg. 21	168.639	623.869	.585	.	.967
Elem. Empatía. Preg. 22	168.356	625.883	.629	.	.967

Satisfacción de Usuario	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Comp. Servicio al Cliente. Preg. 1	168.445	629.980	.608	.	.967
Comp. Servicio al Cliente. Preg. 2	168.170	629.764	.761	.	.966
Comp. Servicio al Cliente. Preg. 3	168.437	633.276	.421	.	.968
Comp. Ventas. Preg. 4	168.702	623.155	.700	.	.966
Comp. Ventas. Preg. 5	168.385	626.957	.674	.	.966
Comp. Ventas. Preg. 5	168.476	628.030	.644	.	.967
Comp. Call Center. Preg. 7	169.008	628.764	.505	.	.967
Comp. Call Center. Preg. 8	169.042	623.704	.587	.	.967
Comp. Medios Digitales. Preg. 9	168.887	624.111	.670	.	.966
Comp. Medios Digitales. Preg. 10	168.573	624.760	.688	.	.966
Comp. Liquidaciones. Preg. 11	168.359	619.081	.726	.	.966
Comp. Liquidaciones. Preg. 12	168.327	620.268	.768	.	.966
Comp. Liquidaciones. Preg. 13	168.421	619.851	.712	.	.966
Comp. Cobranzas. Preg. 14	168.484	630.943	.444	.	.967
Comp. Cobranzas Preg. 15	168.233	630.494	.556	.	.967
Comp. Post Venta Preg. 16	168.704	613.138	.692	.	.966
Comp. Post Venta Preg. 17	169.325	612.167	.617	.	.967
Comp. Post Venta Preg. 18	168.293	631.657	.680	.	.966
Comp. Post Venta Preg. 19	168.296	624.603	.686	.	.966
Comp. Convenios Preg. 20	168.293	623.657	.771	.	.966
Comp. Convenios Preg. 21	168.107	636.143	.703	.	.967
Comp. Convenios Preg. 22	168.445	630.547	.544	.	.967

Tomado de: Encuestas aplicadas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.967	.971	44

Tomado de: Encuestas aplicadas

Resultados.

A partir de este análisis, se interpretará los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado, las cuales se detallan a continuación.

Tabla 8

Pregunta 1: Género del entrevistado

Opciones	Cantidad de respuestas	Porcentajes %
Hombre	131	34,29%
Mujer	251	65,71%
TOTAL	382	100,00%

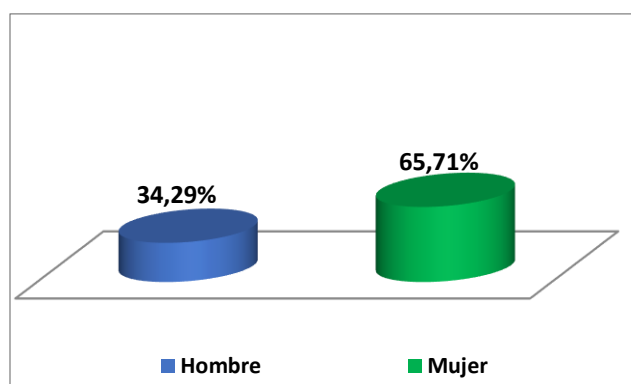


Figura 5 Género del entrevistado

Para iniciar el análisis de los datos de este estudio comenzaremos revisando las cifras obtenidas en las características sociodemográficas, donde se puede observar que del total de 382 afiliados encuestados de la ciudad de Guayaquil, el 65,71% corresponde al género mujeres, mientras que el 34,29% corresponde a la población de hombres.

Tabla 9

Pregunta 2: Edad del Entrevistado

Opciones	Cantidad de respuestas	Porcentajes %
Entre 20 a 30 años	168	43,98%
Entre 31 a 40 años	168	43,98%
Entre 41 a 50 años	34	8,90%
Más de 51 años	12	3,14%
TOTAL	382	100,00%

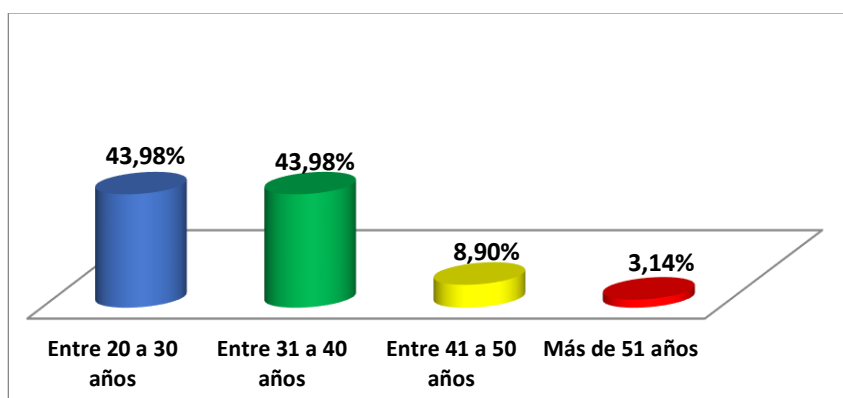


Figura 6 Edad del entrevistado

En esta segunda característica sociodemográfica se analizó las edades de los encuestados, determinándose para esta pregunta rangos de edades, las mismas que fueron medidas con un rango de 10 años de intervalo, siendo las edades comprendidas entre 20 a 40 años los que mayor participación tuvieron en dicha encuesta. El rango de 41 a 50 años tuvo una participación de 8,90%, mientras que el de 51 años en adelante alcanzó el 3.14%.

Tabla 10

Pregunta 3. ¿Cuál fue el último nivel de estudios que cursó de forma completa?

Opciones	Cantidad de respuestas	Porcentajes %
Educación básica	0	0,00%
Bachillerato	96	25,13%
Carreras Técnicas o Comercial	24	6,28%
Tercer Nivel	203	53,14%
Cuarto Nivel	59	15,45%
TOTAL	382	100,00%

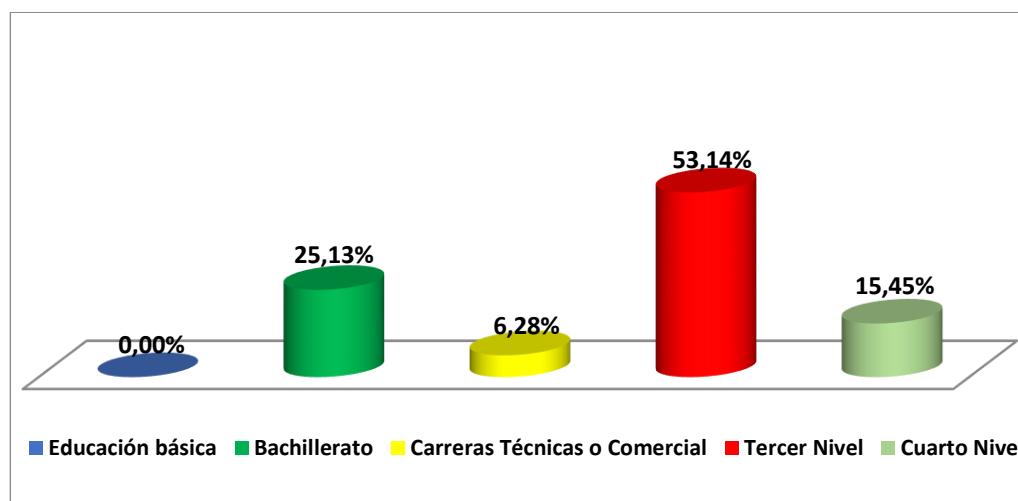


Figura 7 Nivel de estudios del entrevistado

La tercera característica sociodemográfica analizada corresponde al nivel de estudio de los participantes, ubicándose en los primeros lugares el de Tercer Nivel de estudios con un porcentaje del 53,14%, seguido del Bachillerato que obtuvo el 25,23% y como último nivel de estudio de los encuestados el de Cuarto Nivel de estudios que alcanzó el 15,45%; lo que nos indica que el nivel cultural de los afiliados de Humana se ubica en un nivel medio alto, permitiéndoles evaluar el servicio que presta la entidad.

Tabla 11

Pregunta 4: ¿Qué tipo de póliza posee con Humana? (puede seleccionar más de una dependiendo su caso)

Opciones	Cantidad de respuestas	Porcentajes %
Individual y familiar	95	24,87%
Empresarial	95	24,87%
Coorporativo	203	53,14%
Proteger	12	3,14%
Renacer	35	9,16%
Prosonrisas	12	3,14%
Marathon Juega Seguro	0	0,00%
TOTAL	452	118,32%

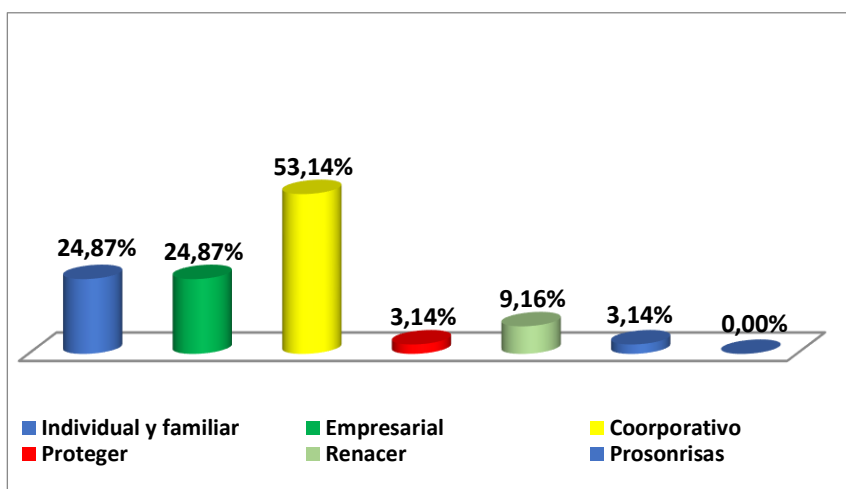


Figura 8 Tipo de póliza

En la cuarta pregunta, se evalúa la cartera de servicios ofrecida por la empresa Humana, donde se puede notar que existe mayor predominio en el segmento Corporativo, el cual alcanza un porcentaje de 53,14%, seguido del segmento individual y del empresarial, ambos con una participación del 24,87%. Lo que nos indica que el segmento corporativo es el que tiene mayor demanda, ya que la mayoría de las empresas contratan seguros de asistencia médica para sus empleados con el objetivo de reducir el ausentismo y cuidar la salud de sus colaboradores para mejorar la productividad y el rendimiento, a diferencia del segmento individual, el cual es

contratado a nivel personal con el fin de salvaguardar el patrimonio familiar. Así mismo, la cuentan afiliados que poseen más de una póliza contratada.

Tabla 12

Pregunta 5: ¿Cómo se enteró de Humana? (puede seleccionar más de una si Ud. lo cree conveniente)

Opciones	Cantidad de respuestas	Porcentajes %
Página Web	12	3,14%
Publicidad en redes sociales	48	12,57%
Empresa	263	68,85%
Recomendación Tercero	95	24,87%
TOTAL	418	109,42%

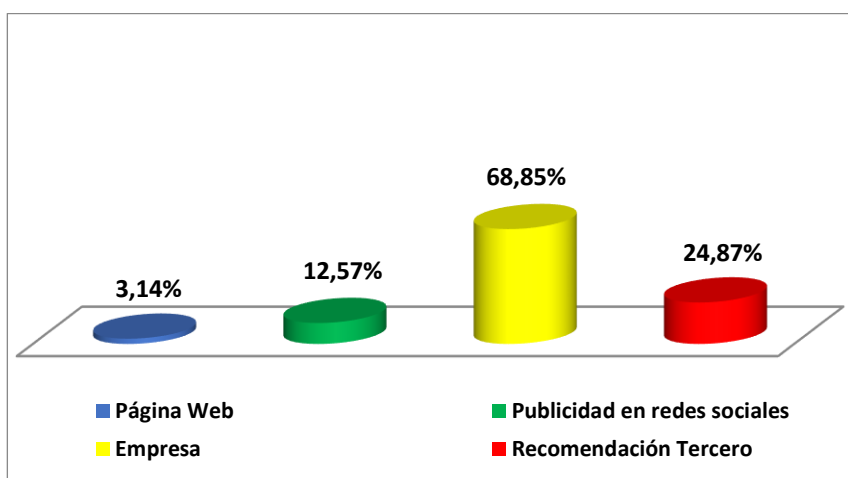


Figura 9 Medios de conocimiento

En la quinta y última pregunta sociodemográfica se pudo evidenciar que al ser el segmento corporativo el de mayor índice en este estudio, es a través de las empresas como la mayoría de los encuestados se afilian a Humana, teniendo esta categoría un 68,85%, seguido de las recomendaciones de terceros y de la publicidad en redes sociales, con 24,87% y 12,57% respectivamente. Lo que indica que la empresa debe fortalecer y aprovechar la página web que posee introduciendo mejoras que la vuelvan atractiva.

Evaluación General de Resultados Obtenidos:

Dentro del estudio que se realizó a la empresa Humana que trata sobre el grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios, se hace necesario que se inserte a continuación el análisis del resultado general por dimensión, para que de esta manera se aprecie la incidencia que tiene cada componente en cada apartado.

Evaluación General de Resultados Obtenidos: Dimensión calidad de servicios.

Tabla 13

Dimensiones de Calidad de Servicios otorgados por Humana S.A. de acuerdo al grado de importancia para el usuario

DIMENSION CALIDAD DE SERVICIOS	PORCENTAJE
ELEMENTOS TANGIBLES	18,18%
ELEMENTOS FIABLES	22,73%
ELEMENTO CAPACIDAD DE RESPUESTA	22,73%
ELEMENTO SEGURIDAD	18,18%
ELEMENTO EMPATÍA	18,18%
TOTAL	100,00%

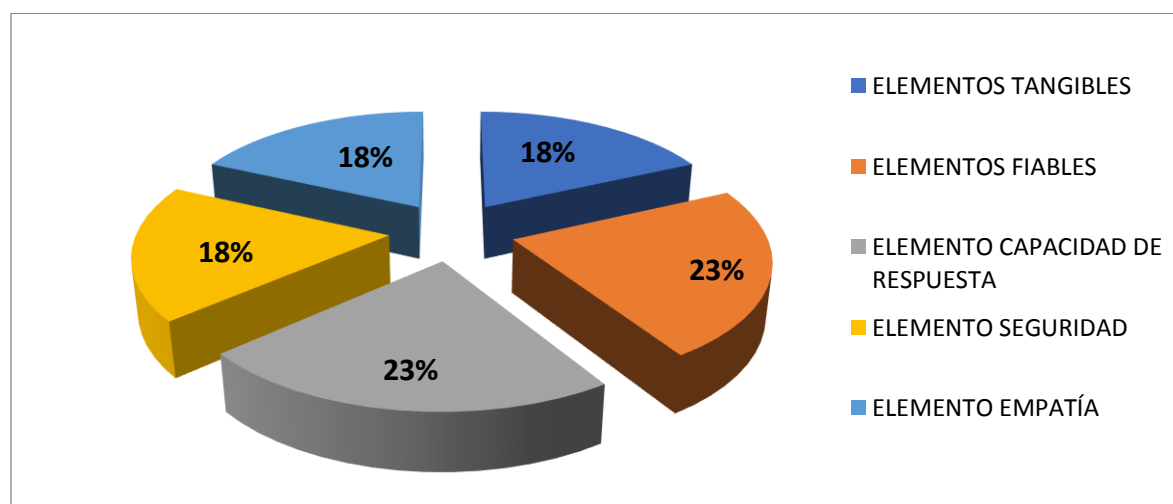


Figura 10 Resultados de las dimensiones de calidad de servicios

Al elaborar las encuestas basadas en el modelo Servqual, se consideraron las siguientes dimensiones tales como: la tangibilidad, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía, las mismas que fueron medidas de acuerdo a las opiniones y vivencias de los afiliados encuestados.

De acuerdo al estudio realizado, los usuarios conceden una mayor importancia relativa en la escala del 100%, a los elementos fiabilidad y capacidad de respuesta, dejando por sentado que: solucionar requerimientos con prontitud y exactitud, la disponibilidad para atender las solicitudes, la devolución de los trámites con tiempos de entrega exactos y óptimos genera en ellos confianza y eficiencia, por lo que para evidencia de lo antes mencionado se presenta la tabla No. 13. Dimensiones de Calidad de Servicios otorgados por Humana S.A.

Evaluación General de Resultados Obtenidos: Dimensión satisfacción del usuario.

Tabla 14

Dimensiones de Satisfacción del usuario otorgados por Humana S.A.

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	PORCENTAJE
CALIDAD FUNCIONAL PERCIBIDA	15,00%
CALIDAD TÉCNICA PERCIBIDA	35,00%
VALOR PERCIBIDO	20,00%
CONFIANZA	15,00%
EXPECTATIVAS	15,00%
TOTAL	100,00%

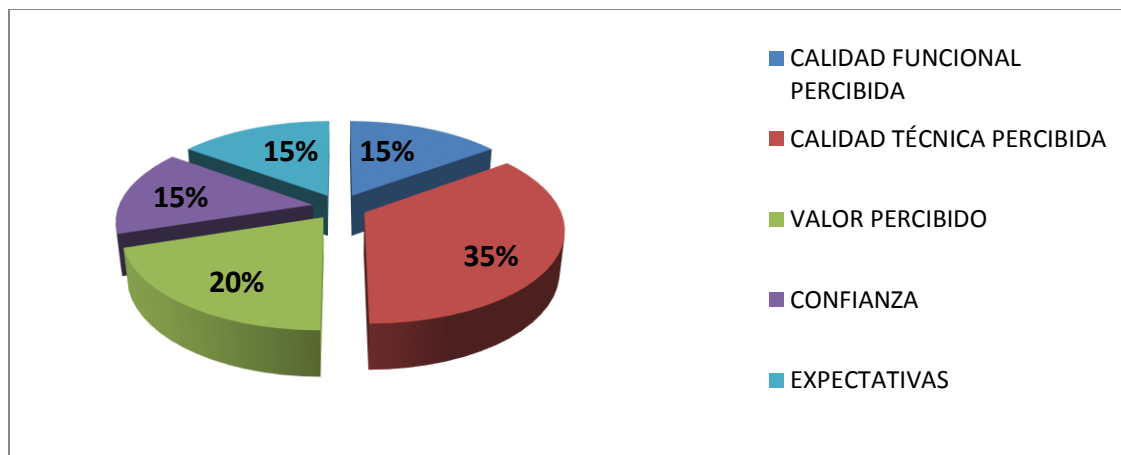


Figura 11 Resultados de las dimensiones de la satisfacción del usuario

La segunda dimensión estudiada en esta investigación, corresponde a la satisfacción del usuario, en el cual a través de los resultados obtenidos en la encuesta podemos evidenciar que existen tres dimensiones que los afiliados de Humana otorgan una menor puntuación (15% en cada una) como lo son: calidad funcional percibida, la confianza, y las expectativas, las mismas que reflejan falencias en la atención al cliente, el servicio, y el monitoreo de los productos ofertados por la compañía, los cuales insiden en el desempeño, y que a su vez están relacionados a los departamentos de servicio al cliente, post venta, y convenios.

Con la información obtenida de los afiliados sobre la satisfacción, se despliegan diferentes aristas que hacen que las empresas a nivel nacional como internacionalmente se enfoquen en el mejoramiento continuo de la calidad; es decir que todo lo que el afiliado percibe y las expectativas que puede tener en la atención brindada generaran el juicio de valor calificado como satisfacción del usuario.

Relación entre calidad de servicio y satisfacción de los usuarios de la compañía Humana de la ciudad de Guayaquil

Otro aspecto relevante de este análisis estadístico, es la correlación que existe entre las dimensiones y los componentes, para lo cual se ha procedido a realizar la función de la

correlación de Spearman, la misma que nos ayudará a determinar si existe una relación lineal entre dos variables analizadas (elemento empatía y el componente servicio al cliente) a nivel ordinal, y que la misma no se deba a una casualidad, sino más bien que esta relación sea estadísticamente significativa.

Al poder interpretar el índice de correlación de Spearman, que fue realizado mediante el sistema SPSS, el mismo nos proyecta un valor de 0.607, el cual nos indica que existe una correlación directa positiva moderada (ver tabla 16) entre el elemento empatía y el componente de servicio al cliente, dicho de otra manera existe relación entre las variables, ya que la significación (sig bilateral) es menor a 0.05. Entonces el elemento empatía con el componente de servicio al cliente es estadísticamente significativo.

Tabla 15

Correlaciones de Spearman entre las dimensiones y los componentes

		Q5: Dimensión Elemento Empatía [22.- La compañía tiene horarios de atención convenientes para sus clientes.]	Componente de Servicio al Cliente [2.- El personal de Servicio al cliente de Humana es amable y cordial en el trato.]	
Spearman's rho	Q5: Dimensión Elemento Empatía [22.- La compañía tiene horarios de atención convenientes para sus clientes.]	Correlation Coefficient	1.000	.607**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	Componente de Servicio al Cliente [2.- El personal de Servicio al cliente de Humana es amable y cordial en el trato.]	Correlation Coefficient	.607**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.	
	N	382	382	

Este estudio de Spearman, se utilizó para validar la hipótesis de investigación planteada, y establecer la relación que existe entre las variables calidad de servicio y satisfacción del usuario. Luego de procesar los datos, se pudo comprobar la hipótesis planteada, porque la correlación es positiva moderada de 0,607 y una significancia menor a 0,0005, lo que nos indica que, la calidad de servicios brindados por Humana S.A. influye significativamente en la satisfacción de los usuarios de la ciudad de Guayaquil.

Tabla 16

Escalas de correlación de Spearman

VALOR	SIGNIFICADO
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Adaptado de Hernández Sampieri, (2014)

Tomado de Mondragón Barrera, 2014, p. 100; Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia

Tabla 17
Resultados de las dimensiones de Calidad

DIMENSION	NIVELES					Total
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo	
ELEMENTOS TANGIBLES	2,29%	9,42%	21,86%	37,50%	28,93%	100,00%
ELEMENTOS FIABLES	0,00%	5,03%	22,57%	40,63%	31,78%	100,00%
ELEMENTO CAPACIDAD DE RESPUESTA	1,57%	4,97%	8,06%	51,31%	33,77%	100,00%
ELEMENTO SEGURIDAD	0,00%	0,00%	12,50%	52,23%	35,27%	100,00%
ELEMENTO EMPATÍA	3,14%	4,71%	15,71%	53,80%	22,64%	100,00%

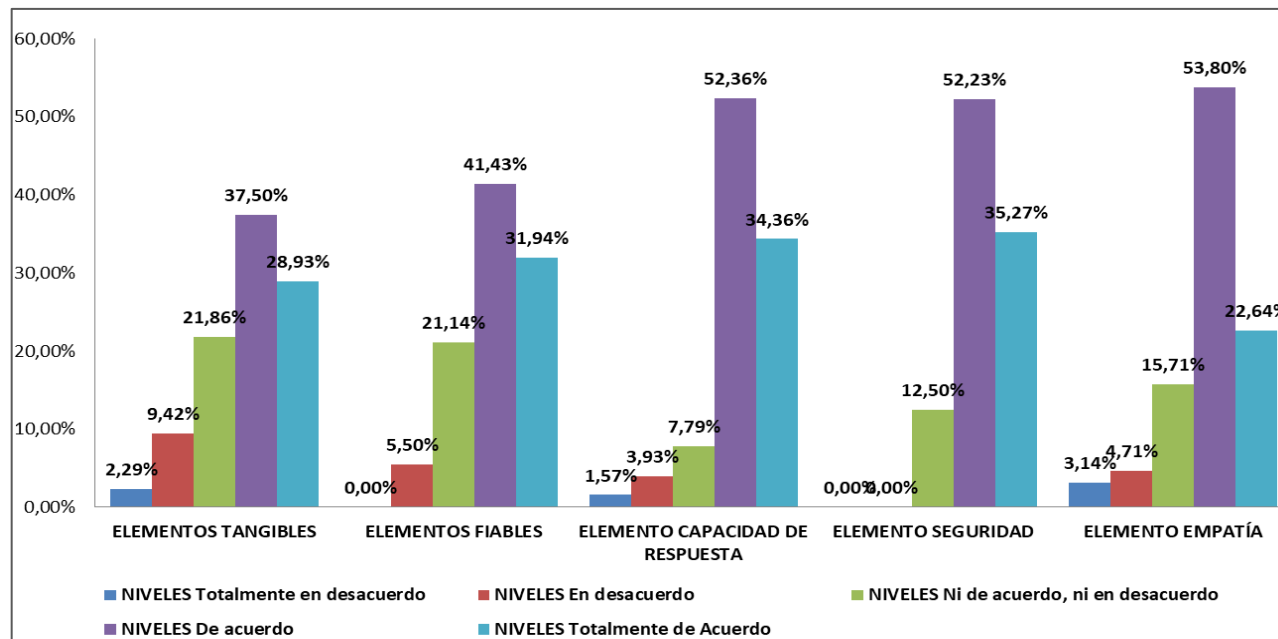


Figura 12 Resultados de las dimensiones de calidad

Al analizar la variable de calidad, se evidencia que la mayor parte de los encuestados, están de acuerdo con que Humana maneja de manera satisfactoria los elementos de empatía, seguridad, y capacidad de respuesta, los cuales se reflejan en los porcentajes obtenidos, 53,80%, 52,23% y 51,31% en ese orden. Cabe mencionar que en estos elementos se evaluó la atención personalizada, la respuesta brindada por el personal de servicio al cliente, y la confianza que tienen los asegurados en la compañía. Al analizar las dimensiones mejor valoradas podemos indicar que dentro del elemento de empatía, el 62% de los usuarios indican que Humana entiende sus necesidades específicas para poder dar la mejor solución a su requerimiento, sin embargo en la encuesta también evidencia un bajo porcentaje (3.14%) de usuarios que indican que la compañía debe mejorar los horarios de atención (ver apéndice G).

La segunda dimensión mejor valorada corresponde a la dimensión de seguridad tenemos que el 59,16% indica que se siente seguro durante la atención en las oficinas de Humana o en los puntos externos, pero existe un 6.28% que indican que no se sienten seguros de realizar transacciones con Humana, debido a que en algunos casos se presentan problemas como: doble cobro de prima dentro del mes, o los débitos bancarios no pueden efectuarse por problemas con los bancos (insuficiencia de fondos en las cuentas), lo que conlleva a crear malestar entre los afiliados, por lo que es necesario que la compañía pueda revisar estos puntos y corregirlos para crear en los usuarios la fidelización. (ver anexo F)

En la última dimensión mejor valorada y que corresponde a la dimensión de la capacidad de respuesta, el 68.5% de los afiliados encuestados indican que Humana siempre tiende a resolver sus solicitudes; de igual manera existe un pequeño porcentaje de afiliados (3.14%) que indican que los reembolsos por gastos médicos no son efectuados dentro del plazo que estipula el contrato, lo que en términos de renovaciones conlleva a un causal de no renovación de póliza,

puesto que el afiliado tiende a medir la capacidad de respuesta de la compañía (en terminos monetarios) y se convierte en un factor clave para la toma de decisión al momento de la renovación. (ver anexo E)

Tabla 18
Resultados de las dimensiones de satisfacción al cliente

DIMENSION	NIVELES					Total
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo	
CALIDAD FUNCIONAL PERCIBIDA	1,05%	2,09%	16,67%	50,00%	30,19%	100,00%
CALIDAD TÉCNICA RECIBIDA	1,35%	12,12%	28,53%	38,26%	19,75%	100,00%
VALOR PERCIBIDO	2,36%	8,64%	8,64%	48,30%	32,07%	100,00%
CONFIANZA	8,38%	6,28%	14,57%	46,68%	24,08%	100,00%
EXPECTATIVAS	0,00%	5,24%	12,57%	51,92%	30,28%	100,00%

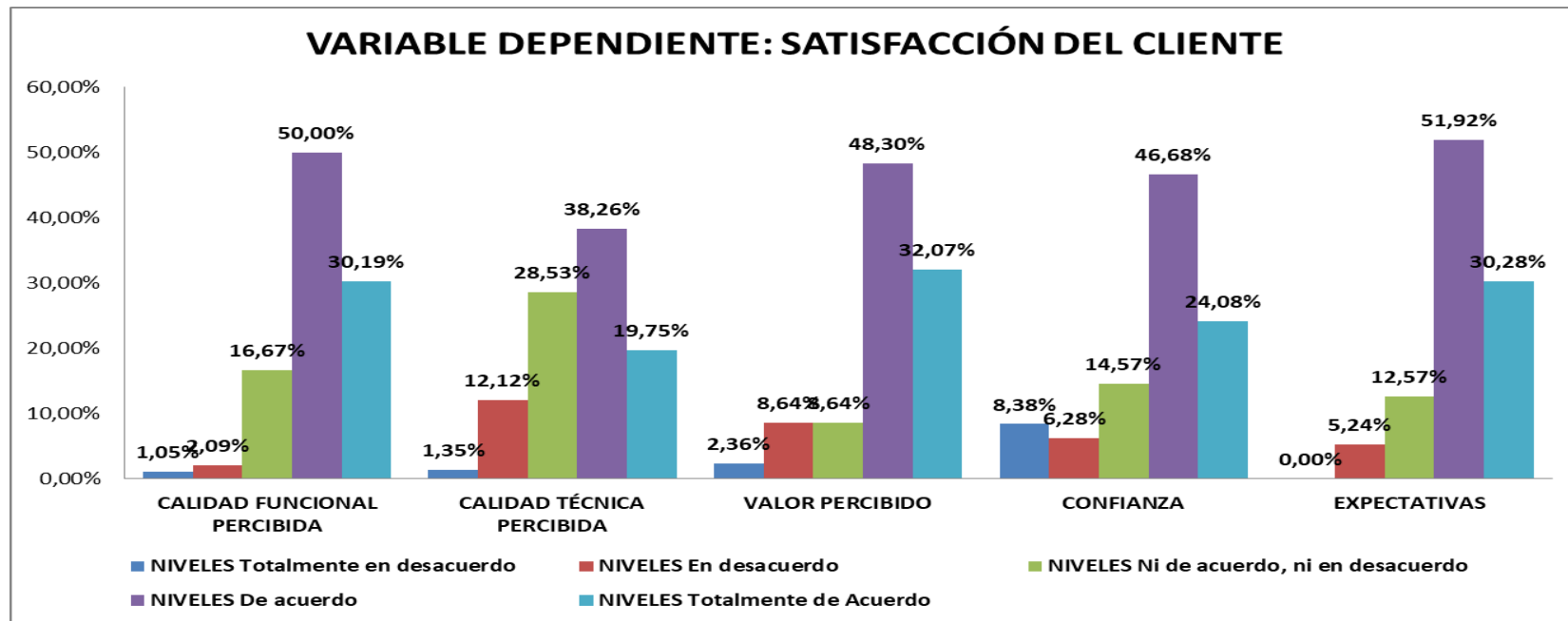


Figura 13 Resultados de las dimensiones de satisfacción del cliente

Al analizar la variable dependiente que corresponde a satisfacción del usuario, las preguntas fueron dirigidas a valorar los departamentos de la compañía con los cuales los afiliados tienen relación, y que a su vez se convierten en puntos claves en la toma de decisiones para renovar o no los contratos. En las encuestas realizadas se obtuvieron los siguientes resultados:

Las dimensiones mejor valoradas por los usuarios corresponden a expectativas, calidad funcional percibida y valor percibido en ese orden. La dimensión de expectativas se centra en el área de convenios ya el afiliado previo a tomar la decisión de contratar o no un seguro verifica la cartera de los prestadores médicos afiliados, sean estos centros en convenio o médicos. Cuando se habla de los centros médicos, los afiliados valoran que los mismos sean de fácil acceso por lo que los asegurados están concientes que en Humana existe este beneficio, lo que le permitió alcanzar el 62,30% en la puntuación. No obstante los afiliados también indican que la organización debe mejorar la cartera de médicos especialistas en red, ya que a nivel nacional, no en todas las provincias se encuentran centros o médicos afiliados. (ver apéndice I - J)

La segunda dimensión es la calidad funcional percibida, la misma que centra su estudio en el área de Servicio al cliente, la cual al momento de evaluar las respuestas de los encuestados se puede observar que el afiliado de Humana es consciente que la atención que percibe por parte de este departamento es satisfactoria, sin embargo se ratifica la apreciación de que los horarios de atención no son los adecuados a sus intereses personales. (ver apéndice H)

La tercera dimensión mejor valorada corresponde al valor percibido, la misma que se centró en los departamentos de liquidaciones y cobranzas, donde el 52,88% de los encuestados señalan que están de acuerdo en que existe facilidad en los trámites de reembolsos, pero sin embargo existe un 9,42% que indica que la calidad de las liquidaciones no es óptima, el mismo que puede estar motivado por diferentes factores tales como, reliquidaciones, errores en emisiones de

contratos, falta de asesoramiento para la presentación de reembolsos, etc. Por el lado del área de cobranzas, se ratifica que el 6,28% de los encuestados indican que las primas son cobradas de manera incorrecta. (ver apéndice K)

CAPÍTULO IV

Propuesta

Finalizado el estudio actuarial de la empresa, se logró establecer con precisión los nudos críticos y los aciertos, sin dejar aún lado el entorno y posteriormente el desarrollo de la propuesta que permitirá hacer la intervención oportuna en las debilidades; con esto se espera alcanzar en el primer año de su aplicación el 80% de optimización de los procesos de la compañía Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil.

Objetivo General

Diseñar una propuesta para mejorar la satisfacción de los usuarios y por ende la calidad de servicios que brinda la empresa Humana.

Objetivos Específicos

Crear y proponer un plan de calidad en el que se incluyan directrices para el mejoramiento de los servicios de la compañía Humana en la ciudad de Guayaquil.

Proponer un sistema informático para medir el nivel satisfacción y la calidad de los servicios prestados por la compañía Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil.

Beneficiarios

Se beneficia de la siguiente w los departamentos de: Servicio al Cliente, Contact Center, Ventas, Liquidaciones, Convenios, Cobranzas, y Producción de la compañía Humana S.A. de la ciudad de Guayaquil. Otros beneficiados son los afiliados a esta prestadora de servicios, por cuanto al mejorarse los procesos departamentales antes mencionados, redundará en el

mejoramiento de la calidad de servicio, lo cual repercutirá en elevar el índice de satisfacción del cliente.

Justificación

Después de haber aplicado la encuesta, se hace necesario que se puntualicen los nudos críticos que se encontró como resultado de la misma, entre ellos anotamos los siguientes: Errores en liquidaciones, ubicación poco estratégica de la oficina, atención personaliza y poco cordial, horario de atención restringidos, pocos especialistas en red, dificultad en comunicación con Contact center, trámites excesivos, problemas en cobros de primas y asesoramiento inadecuado, lo que incide en que el afiliado no perciba la calidad del servicio ofrecido por la compañía; por lo tanto la propuesta que se planteará, es importante para mejorar la calidad del servicio ofrecido, lo que permite elevar la satisfacción del cliente.

Metodología

Para el análisis y establecimiento de los nudos críticos que se percibe en la aplicación de la encuesta a los usuarios, se tomó como instrumento la técnica FODA, que a decir de Thompson, indica que “constituye la base o el punto de partida para la formulación o elaboración de estrategias y a partir de ellas realizar nuevas matrices” (Thompson, 1998).

El creador de esta matriz fue Albert S. Humpherey. Este caso de estudio fue desarrollado con la finalidad de conocer el motivo por el cual fracasaba la planificación corporativa a largo plazo. Cuando se realiza el estudio se identifica que el presente corresponde a lo satisfactorio, el futuro corresponde a las oportunidades, y lo que es malo en el presente es una falta y si el futuro es malo se convierte en una amenaza. Las siglas de la palabra FODA, representan el

estudio de las Fortalezas, de las Oportunidades, de las Debilidades, y de las Amenazas ya sea de una empresa, mercado o de una persona.

Las estrategias delineadas contribuyen a proponer soluciones a las dificultades detectadas mediante la encuesta. Ya que este proyecto busca velar por el crecimiento de la organización, una correcta manera de administrar, supervisar, controlar y diagnosticar situaciones que afecten al desempeño tanto de los colaboradores como de los proveedores externos, con la finalidad de incrementar y mantener la cartera de clientes actuales y futuros, tal como lo menciona Taylor que “el propósito de la administración es lograr la máxima prosperidad para el patrón, junto con la máxima prosperidad para cada uno de los empleados” (Cardona, 2010). Posteriormente, se planteará el objetivo de la propuesta, en relación a los colaboradores. A continuación se explicará brevemente una justificación, con la que se detallan las actividades, la realización del presupuesto, y el agendamiento de las mismas.

Con lo anteriormente expresado, la gestión administrativa es importante para conseguir mejores niveles de eficiencia y eficacia, al determinar las acciones correctivas que enrumbarán a mejorar la calidad de la gestión administrativa, por medio de:

- Planeación: Crear un plan de acción para ser ejecutado por medio de actividades internas de la organización, con lo cual se mejorará el ambiente laboral y se otorgará un servicio de calidad al cliente.
- Organización: Trazar un plan de acción acorde al manejo de los recursos, tanto del capital humano como el económico, ya que la organización cuenta con un grupo de colaboradores: confiables, ágiles, honestos, con vocación de servicio, lo que permitirá que la empresa promueva ascensos, que servirán para revalorizar la experiencia del capital humano.

- Dirección: Administrar, optar, y valorar a los colaboradores con el objetivo de lograr un buen equipo de trabajo que permita alcanzar las metas propuestas en la organización. Con el cual se alcanza una mayor productividad y el crecimiento de la empresa y sus colaboradores.
- Coordinación: Componer equipos de alto rendimiento, para mancomunar esfuerzos, en el que se comparta información relevante que permita resolver los problemas, ya que la comunicación interna, el integrar equipos de trabajo, el uso de las herramientas adecuadas para cada proceso, generan confianza en los clientes externos y se permiten realizar cambios gradualmente acordes a las necesidades específicas.
- Control: Certificar que lo planificado se lleve a cabo, así mismo que se ajusten correcciones de acuerdo a los errores encontrados en la encuesta de servicio, para mejorar los niveles de satisfacción en los clientes y la buena imagen que se debe proyectar; facilitando así el servicio de atención al cliente, la comercialización de los productos, y aprovechar de mejor manera el tiempo.

Para complementar la investigación sobre los nudos críticos encontrados, fue necesario diseñar tablas para analizar el campo de acción de los canales de atención y de operatividad, así como los problemas destacados en cada área, con la finalidad de elaborar el plan de mejora para estos dos canales.

Con este tipo de evaluación se han revelado aspectos que a simple vista no era percibido, poniéndose de manifiesto los procesos que develaron ciertas inconsistencias en la organización; cuyos efectos y consecuencias se constituyen en elementos que contribuyen para debilitar la administración, que redundó en el desmejoramiento del servicio, que fue percibido por los afiliados y manifestados en la encuesta aplicada.

Departamento de Atención al Cliente.

Tabla 19
Canales de Atención

PRESENCIALES	ELECTRÓNICO	IMPRESOS	AUDIOVISUALES	TELEFÓNICOS
Servicio al Cliente Corporativo	Correo	Facturación	Radio	Contac center
Servicio al cliente front	Página web	Comunicaciones	Televisión	Atención telefónica
Punto externos Comercial Corporativo Ventas	Redes sociales Asesor Virtual			

Canales de Atención.

Encargados de las siguientes funciones:

- Atención en puntos de servicio
- Resolución de requerimiento de afiliados
- Impartir capacitaciones a bróker de productos y procesos
- Recepción de documentos de reembolsos
- Gestionar autorizaciones y créditos de los clientes
- Atención de queja
- Despacho de valija

Problemas priorizados en las áreas de atención al cliente más relevantes.

- Mal asesoramiento en trámites de reembolsos y emisión de crédito
- Demora en gestión y respuesta de Contact Center
- Mal asesoramiento en las ventas.

Plan de mejora de los canales de atención de Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil.

Tabla 20

Plan de mejora para el canal de servicio al cliente

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
SERVICIO AL CLIENTE	PLANEACIÓN	Tomar decisiones equivocadas con respecto a la presentación de reembolsos y emisión de créditos	Capacitación del personal, respecto a la presentación reembolsos y emisión de créditos	Personal capacitado para el desempeño de funciones
	ORGANIZACIÓN	Desconocimiento de procesos referente a reembolsos y emisión de créditos		
	DIRECCIÓN	Falta identificación del personal con los objetivos institucionales	Crear el perfil del ejecutivo para el cargo	Asignación del personal idóneo de acorde al cargo
	COORDINACIÓN	Ejecutivos de servicio al cliente para implementación del proceso de reembolso y emisión de créditos	Evaluación departamental periódica	Mejora en el rendimiento del departamento
	CONTROL	Indicadores de gestión de quejas, reclamos y sugerencias	Aplicación de los indicadores de gestión	Incremento de los indicadores de satisfacción

Tabla 21

Propuesta de capacitación para el área de Servicio al Cliente, Contact Center y Cobranzas

SEMINARIO	OBJETIVOS	TEMÁTICAS DE LOS SEMINARIOS	COMPETENCIA	METODOLOGÍA	DESTINATARIOS	DURACIÓN
Escuela de Servicios	Incorporar herramientas que les permita a los ejecutivos potenciar sus capacidades para brindar un servicio ágil, atento, y de calidad	Diferencia entre: calidad de servicio, servicio y atención al cliente	Identificar y anticiparse a las necesidades	Virtual y presencial,		
	Saber atender reclamos, anticipar y manejar quejas	Cultura de calidad de servicio	Capacidades técnicas tanto de productos de servicios	Teórico y práctico		
	Desarrollar actitudes que coadyuven a lograr una mayor satisfacción del cliente	Cadena de valor: Percepciones y parámetros para medir la calidad de servicios	Flexibilidad	Trabajos con casos reales ejemplificadores		
	Aprender a gestionar situaciones conflictivas y mediar para ofrecer soluciones	Importancia y expectativa de los clientes	Comprensión de la psicología humana	Ejercicios y juegos de aplicación	Servicio al Cliente, Cobranzas, Contact Center	4 Semanas/ 40 horas
	Identificar indicadores de los reclamos, su gestión y continuo control para lograr aprender de la situación para tomarla como una oportunidad	Procesos y mejores prácticas para la debida atención al cliente	Análisis de problemas y soluciones creativas	Aplicación de dinámicas de aplicación de rol		
		¿Cómo transformar la atención al cliente en una venta oportuna y fidelizarlos?	Conocer de tu producto y/o servicio	Dinámicas con actor		

Tabla 22

Plan de mejora para el canal de Contact Center

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
CONTACT CENTER	PLANEACIÓN	Falta de protocolos para los requerimientos en las llamadas	Creación de instrumentos para procesos de gestión de llamadas e inducción de personal	
	ORGANIZACIÓN	Falla en la gestión, en el tiempo y espera de las llamadas	Vinculación de los procesos en el momento de redireccionamiento de las llamadas de los clientes	Ahorro de tiempo (mayor flujo de información, cooperación y comunicación)
	DIRECCIÓN	Falla en los tiempos de espera en la gestión de la llamada	Control de tiempo de respuesta de las llamadas para un uso efectivo del canal de comunicación	
	COORDINACIÓN	Ejecutivos de Contact center para implementación del proceso de atención de llamadas	Evaluación departamental periódica mediante la implementación de un sistema de satisfacción en la llamada a fin de evaluar al operador	Mejora en el rendimiento del departamento
	CONTROL	Indicador de nivel de llamadas abandonadas	Aplicación de los indicadores del nivel de llamadas abandonadas	Incremento de los indicadores de satisfacción

Tabla 23
Plan de mejora para el canal de Ventas

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
VENTAS	PLANEACIÓN	Oferta errada de planes y productos	Planificación de cursos de estrategias de ventas	Ventas efectivas
	ORGANIZACIÓN	Falla en la suscripción de los contratos	Capacitación sobre los diversos productos que oferta la compañía	Personal capacitado para ventas
	DIRECCIÓN	Falta de incentivo del personal de ventas	Planes de incentivos para los ejecutivos comerciales	Motivación de los ejecutivos comerciales
	COORDINACIÓN	Valoración de la gestión del equipo	Evaluación departamental periódica	Selección del personal acorde al perfil del ejecutivo de ventas
	CONTROL	Falla en la efectividad de las ventas	Indicadores de calidad de contratos firmados y efectividad de las ventas	Cumplimiento del presupuesto de ventas de la organización y del ejecutivo de ventas

Tabla 24

Propuesta de capacitación para el área de Ventas

SEMINARIO	OBJETIVOS	TEMÁTICAS DE LOS SEMINARIOS	COMPETENCIA	METODOLOGÍA	DESTINATARIOS	DURACIÓN
Técnicas efectivas en Ventas	Recibir conceptos, experiencias y prácticas anexadas a la forma de gestionar las percepciones del cliente con la intención de satisfacerlo y mantener relaciones sustentables y sostenibles en el tiempo. Adquirir habilidades de persuasión, habilidades de: persuasión, comunicación, e imagen estratégica que permitan garantizar conseguir potenciales clientes y la fidelización de los nuevos.	La importancia de la escucha activa	Capacidad de escuchar	Virtual y presencial,	Personal de ventas	4 Semanas/ 40 horas
		Apelando a la emoción y apelando a la razón	Empatía y confianza	Trabajos con casos reales ejemplificadores		
		El arte de la persuasión y sus elementos Estrategias, tácticas y concesiones en la negociación	Comunicación eficaz	Teórico y práctico Ejercicios y juegos de aplicación		
		Técnicas para presentar los precios de una manera atractiva al cliente Técnicas de cierre cuando tienes precios altos y bajos ¿Cómo cuidar al cliente? Desarrollar la capacidad de persuasión mediante el manejo del lenguaje verbal y no verbal	Productividad Paciencia e insistencia	Aplicación de dinámicas de aplicación de rol Dinámicas con actor		

Análisis de las tablas del plan de mejora de las áreas de atención al cliente.

Tabla No. 20 que contiene el plan de mejora para el Servicio al Cliente, del cual se puede indicar que en este canal de servicio, se indican cuatro intervenciones a saber: tres de tipo administrativo y una con intervención de los empleados del área, donde podrán vivenciar los problemas y encontrar las soluciones a través de la demostración de habilidades, conocimientos y capacidad de resolución de problemas de casos reales.

Tabla No. 22, contiene el plan de mejora para el departamento de Contac Center, en el cual para la resolución de problemas del canal de comunicación se implementarán instrumentos de evaluación que se diseñarán con intervención de los responsables del área, con el objetivo de que al involucrarse en el diseño se asume compromiso real de su aplicación y la implementación de los correctivos y observaciones que de la intervención surgiere.

El último en analizarse en el canal de comunicación es el del área de las Ventas, el cual está analizado en la **tabla No. 23**, en el cual se resolverán los inconvenientes mediante seminarios sobre Estrategias de Venta, con el cual se colocará el producto indicando las características, y las bondades del mismo sin dar falsas expectativas sobre determinadas coberturas a los clientes.

Las **tablas no. 21** y **no. 24**, corresponden a los planes de capacitación que se implementarán para las áreas de Servicio al Cliente, Contact Center, Cobranzas y Ventas, con la finalidad de mejorar dichos procesos.

Departamento de Ventas.



Figura 14 Diagrama de flujo del departamento de ventas

Nota. Adaptado de Mapa de procesos del departamento de ventas de Humana S.A.

Tabla 25

Canales de Operatividad

CONTROL

Liquidaciones

Convenios

Cobranzas

Producción

Canales de Operatividad.

- Encargados de las siguientes funciones:
- Liquidación de gastos médicos presentados por los afiliados
- Creación de convenios con prestadores médicos
- Cobro de primas de póliza y copagos generados por atenciones brindadas a los afiliados
- Ingreso de pólizas en el sistema de la compañía

Problemas priorizados en las áreas de operatividad más relevantes.

- Error en las liquidaciones
- Carencia de convenios con prestadores a nivel nacional
- Doble cobro de primas
- Falla en la parametrización de los contratos

Plan de mejora de los canales de operatividad de Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil.

Tabla 26

Plan de mejora para el canal de Liquidación

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
	PLANEACIÓN	Mala parametrización de coberturas dentro del sistema de liquidación	Corrección de la parametrización de los contratos dentro del sistema	Contratos parametrizados correctamente en el sistema
	ORGANIZACIÓN	Desconocimiento de procesos referente a reembolsos y emisión de créditos	Capacitación del personal con respecto a planes y coberturas	Personal capacitado para el desempeño de funciones
LIQUIDACIÓN	DIRECCIÓN	Falta de personal para la rotación de las funciones	Contratar personal acorde a las necesidades del departamento	Estabilidad del equipo de trabajo
	COORDINACIÓN	Deficiente de capacitación para desarrollar competencias de análisis de procesos de liquidación	Evaluación departamental periódica	Mejora en el rendimiento del departamento
	CONTROL	Indicadores de errores de liquidación	Aplicación de los indicadores de errores de liquidación	Disminución de los errores de liquidación

Tabla 27
Propuesta de capacitación para el área de Liquidaciones

SEMINARIO	OBJETIVOS	TEMÁTICAS DE LOS SEMINARIOS	COMPETENCIA	METODOLOGÍA	DESTINATARIOS	DURACIÓN
Coaching en Liquidaciones	Otorgar una visión conceptual actualizada y precisa del campo de los seguros y dotar de herramientas y estrategias que permitan lograr un desempeño competente de la actividad aseguradora	Filosofía, entorno a la medicina prepagada, visión global de los productos Plan Individual contrato, anexos del contrato	Orientación al logro	Virtual y presencial,	Personal del área de liquidaciones	4 Semanas / 40 horas
		Plan corporativo contrato, anexos del contrato Plan Renacer, Prosonrisas y proteger anexos del contrato		Teórico y práctico Trabajos con casos reales ejemplificadores		
		Liquidaciones de reembolsos Manejo del sistema de liquidaciones Calidad de la liquidación	Orientación al cliente			

Tabla 28

Plan de mejora para el canal de Convenios

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
CONVENIOS	PLANEACIÓN	Limitada red de prestadores a nivel nacional	Correcta emisión de convenios con prestadores	Eficiencia del servicio
	ORGANIZACIÓN	Falla en la gestión y evaluación de contratos	Análisis de carteras de servicios	Emisión correcta de contratos
	DIRECCIÓN	Déficit de convenios de prestadores médicos a nivel nacional	Generación de convenios con prestadores médicos a nivel nacional	Ampliación de la red de prestadores a nivel nacional
	COORDINACIÓN	Falta de coordinador de convenios	Contratación del coordinador de convenios	Mejora en el rendimiento del departamento
	CONTROL	Indicador de número de convenios y anexos aprobados de acuerdo al nuevo modelo y criterios de conformación de la Red Humana	Aplicación de los indicadores de convenios y anexos aprobados de acuerdo al nuevo modelo y criterios de conformación de la Red Humana	Incremento de la red de prestadores a nivel nacional

Tabla 29

Plan de mejora para el canal de Cobranzas

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
COBRANZAS	PLANEACIÓN	Error de cobros en carteras vencidas	Gestión de cobros	Ajuste de cartera
	ORGANIZACIÓN	No depuración de los reportes en cartera vencida	Generación de reportes periódicos de carteras vencidas	Evitar doble cobro de primas
	DIRECCIÓN	Falta de personal para gestión de cobranzas	Contratación de personal ajustado al perfil	Correcta gestión de cobranzas
	COORDINACIÓN	Falta de capacitación al personal de cobranzas	Evaluación departamental periódica	Mejorar la productividad departamental
	CONTROL	Falta de cobro de prima	Indicadores de resultado general de cobranzas	Recuperación de cartera

Tabla 30

Plan de mejora para el canal de Producción

DIRIGIDO A:	ETAPA	DEBILIDAD	ACCIONES	IMPACTO
	PLANEACIÓN	Falla en la parametrización de contratos	Carga correcta de coberturas de contratos	Pólizas correctamente cargadas en el sistema
	ORGANIZACIÓN	Falta de incentivos para el personal del área	Emisión de bonos por meta de producción	Motivación del personal para el cumplimiento de los objetivos departamentales
PRODUCCIÓN	DIRECCIÓN	Falta de personal de producción	Contratación de personal ajustado al perfil	Mejoramiento de la productividad departamental
	COORDINACIÓN	Valoración de la gestión del equipo	Evaluación departamental periódica	Selección del personal acorde al perfil del analista
	CONTROL	Falta de parametrización de contratos	Indicadores de calidad de producción	Parametrización correcta de los contratos en los planes

Análisis de las tablas del plan de mejora de las áreas de operatividad.

Tabla No. 26, en la cual se analiza el área de Liquidaciones, departamento donde encontramos problemas en la parametrización de las coberturas del contrato en el sistema (el contenido del contrato versus lo ingresado en el sistema de liquidación), generando malestar en el cliente cuando recibe una liquidación errónea, reduciendo el índice de satisfacción. Los cuatro puntos subsiguientes son de: aplicación de los responsables del proceso de liquidación, ya que trata de fijar y controlar las normas, que mejorarán la aplicación de su trabajo.

Departamento de Liquidaciones.

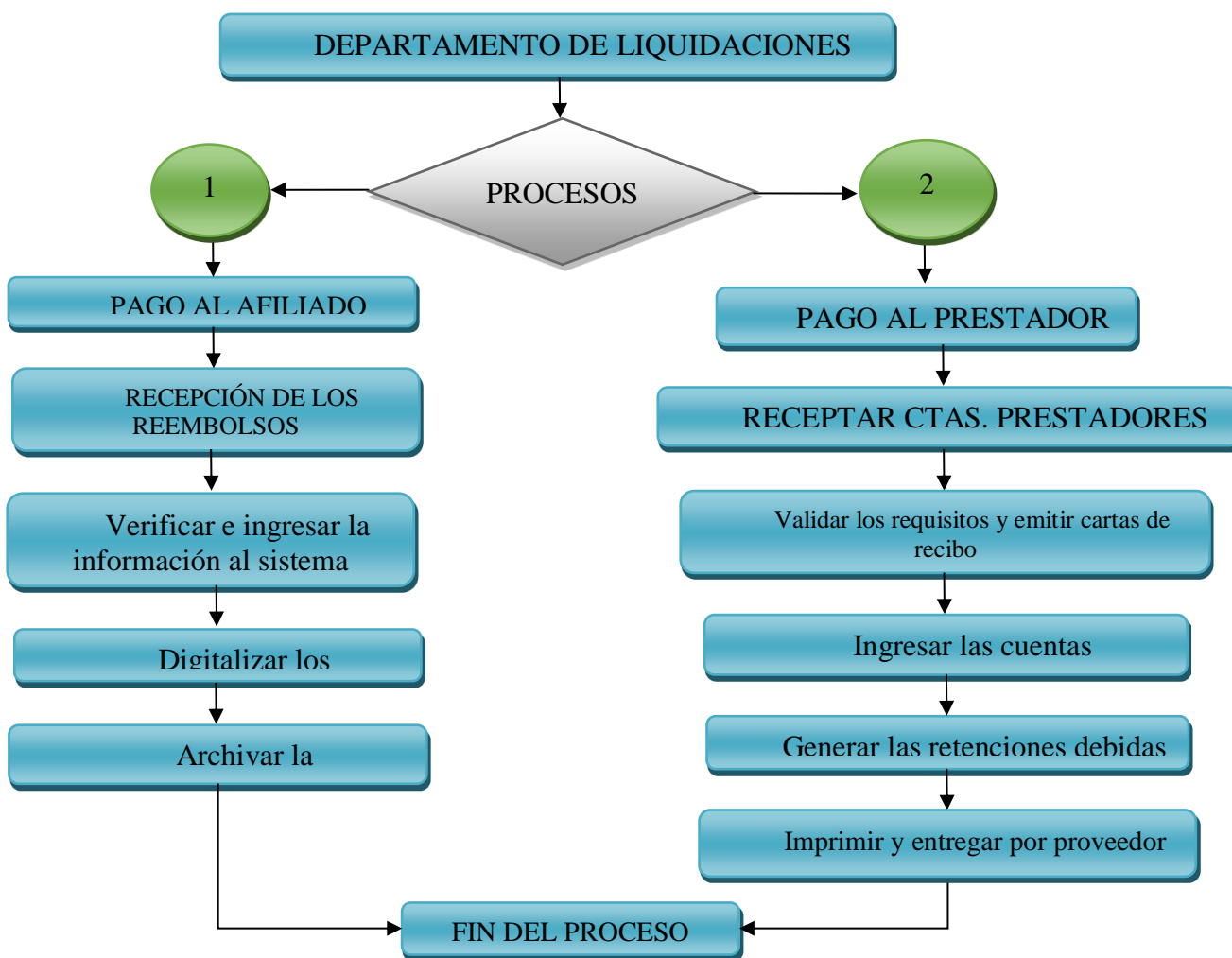


Figura 15 Diagrama de flujo del departamento de Liquidaciones

Nota. Adaptado de Mapa de procesos del departamento de liquidaciones de Humana S.A.

Tabla No. 28, en el que se analiza al departamento de Convenios, área medular de la empresa, puesto que la cartera de prestadores afiliados a la red de Humana, sirve como referencia para la captación de los clientes; es indispensable que exista la coordinación departamental para guiar a los analistas en la emisión de los contratos y en el análisis de precios a pactarse con los prestadores.

Tabla No. 29, en ella se analiza al área de Cobranzas. Dicho departamento es el responsable del flujo financiero de la empresa, siendo su objetivo de recuperar el capital que la organización invierte en los créditos otorgados por el servicio que presta. En los subsiguientes puntos la responsabilidad corresponde a la gestión administrativa de planificación, por lo que el área requiere que se asigne un responsable para que el proceso pueda fluir de manera correcta.

Departamento de Cobranzas.

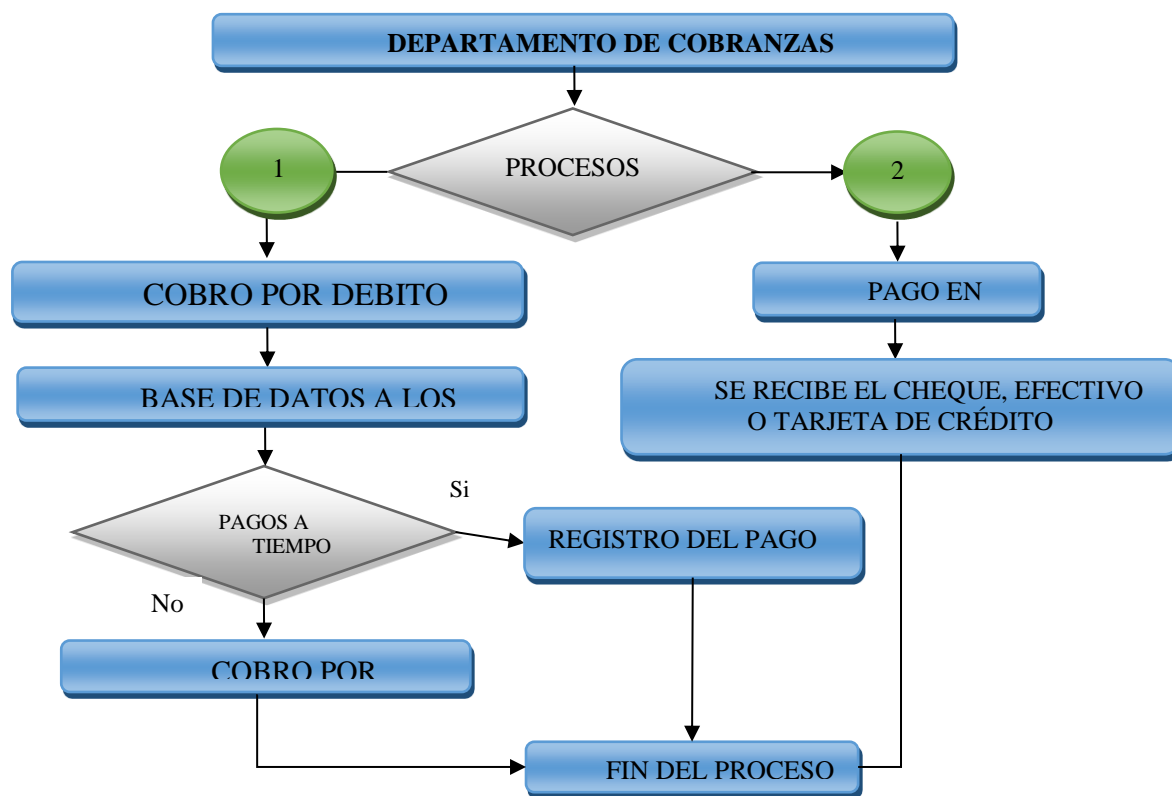


Figura 16 Flujograma del departamento de Cobranzas

Nota. Adaptado de Mapa de procesos del departamento de cobranzas de Humana S.A

Tabla No. 30, en esta última tabla del canal de operatividad, se analiza al área de Producción, la cual tiene la responsabilidad de cargar correctamente en el sistema Génesis, las coberturas propias de cada contrato, con el fin de apoyar a la gestión de liquidación. Para cumplir las metas de este departamento es necesaria la creación de incentivos laborales lo que repercute en la satisfacción del personal de esta área. Al igual que las otras áreas anteriormente mencionadas, se necesita se asigne un responsable del área, el mismo que enrumbará al equipo en la consecución de los objetivos institucionales.

Departamento de Producción.

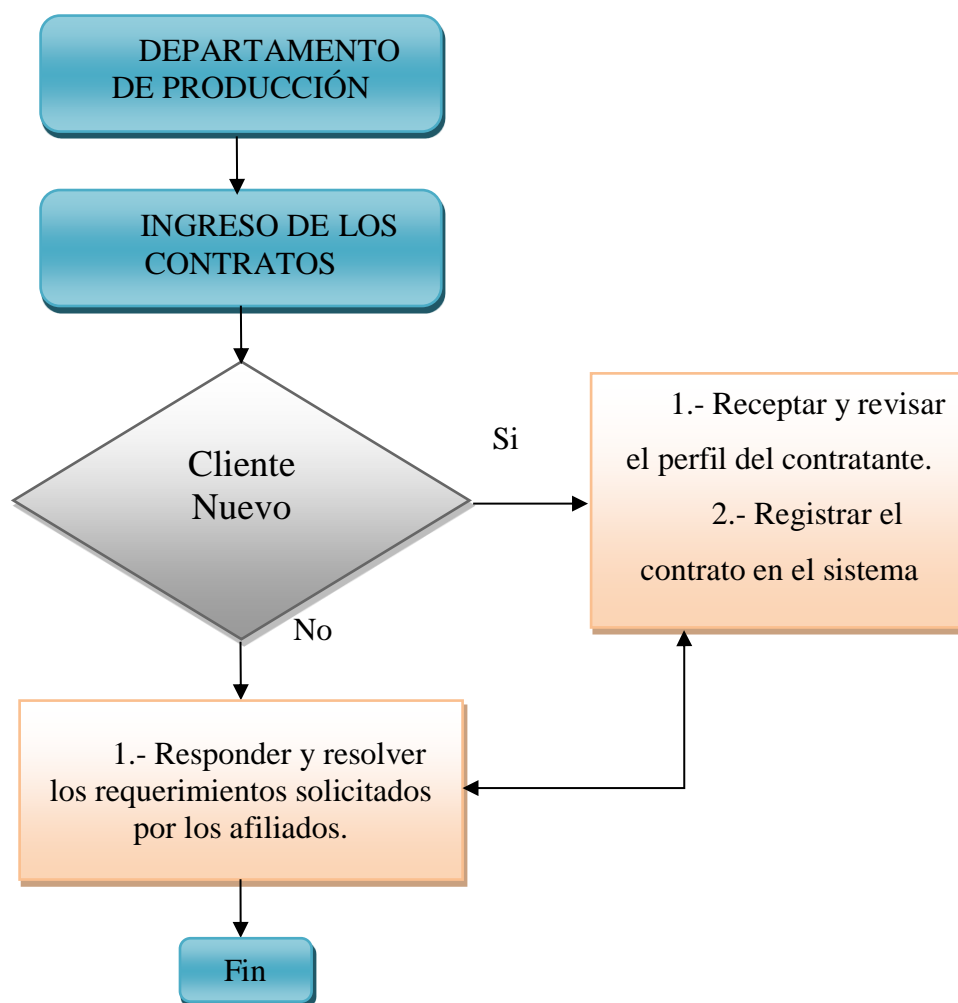


Figura 17 Flujograma del área de Producción

Nota. Adaptado de Mapa de procesos del departamento de Producción de Humana S.A

Las **tablas no. 27**, corresponde a los planes de capacitación que se implementarán para el área de liquidaciones con la finalidad de mejorar dichos procesos.

Recursos

Para la implementación de plan de mejora se necesitará los siguientes recursos que se mencionan en la tabla 26. Cabe mencionar que las capacitaciones que se darán al personal corresponderán a la recepción de documentación, ventas efectivas, productos y servicios ofertados por la empresa, el sistema de cobranzas y escuela de servicios.

Tabla 31

Recursos para la implementación de la propuesta

RECURSOS	DETALLE
Humanos	Jefes departamentales e integrantes de los departamentos
Materiales	Medios audiovisuales y tecnológicos
Financiero	Capital con el cual se cubrirán los gastos para la implementación de seminarios y adquisición de implementos

Presupuesto

Tabla 32
Presupuesto

CANTIDAD	RECURSO	UNIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
SERVICIOS PROFESIONALES				
1	Coach en Ventas	40 horas	\$ 37.50	\$ 1.500,00
1	Capacitador	40 horas	\$ 37.50	\$ 1.500,00
SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN				
100	Servicio de Catering	10 días	\$ 3.00	\$ 3.000,00
MATERIALES Y ÚTILES				
100	Folders	1 entrega	\$ 2.50	\$ 250,00
100	Juego de copias	15 hojas x juego	\$ 0.15	\$ 112,50
100	Lapiceros	1 docena	\$ 6.00	\$ 51,00
	Total			\$ 6.413,50

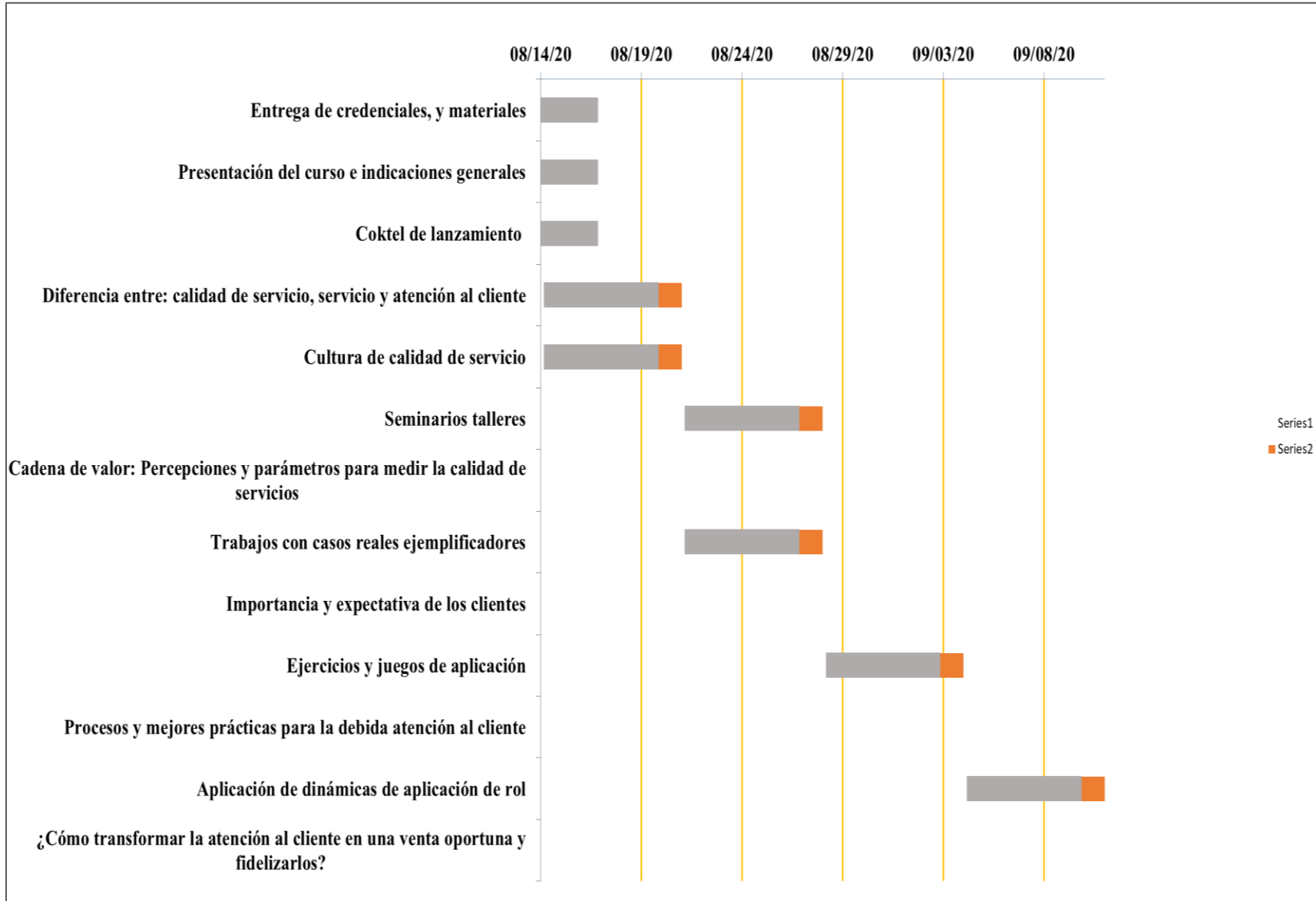


Figura 18 Diagrama de Gantt de Servicio al Cliente

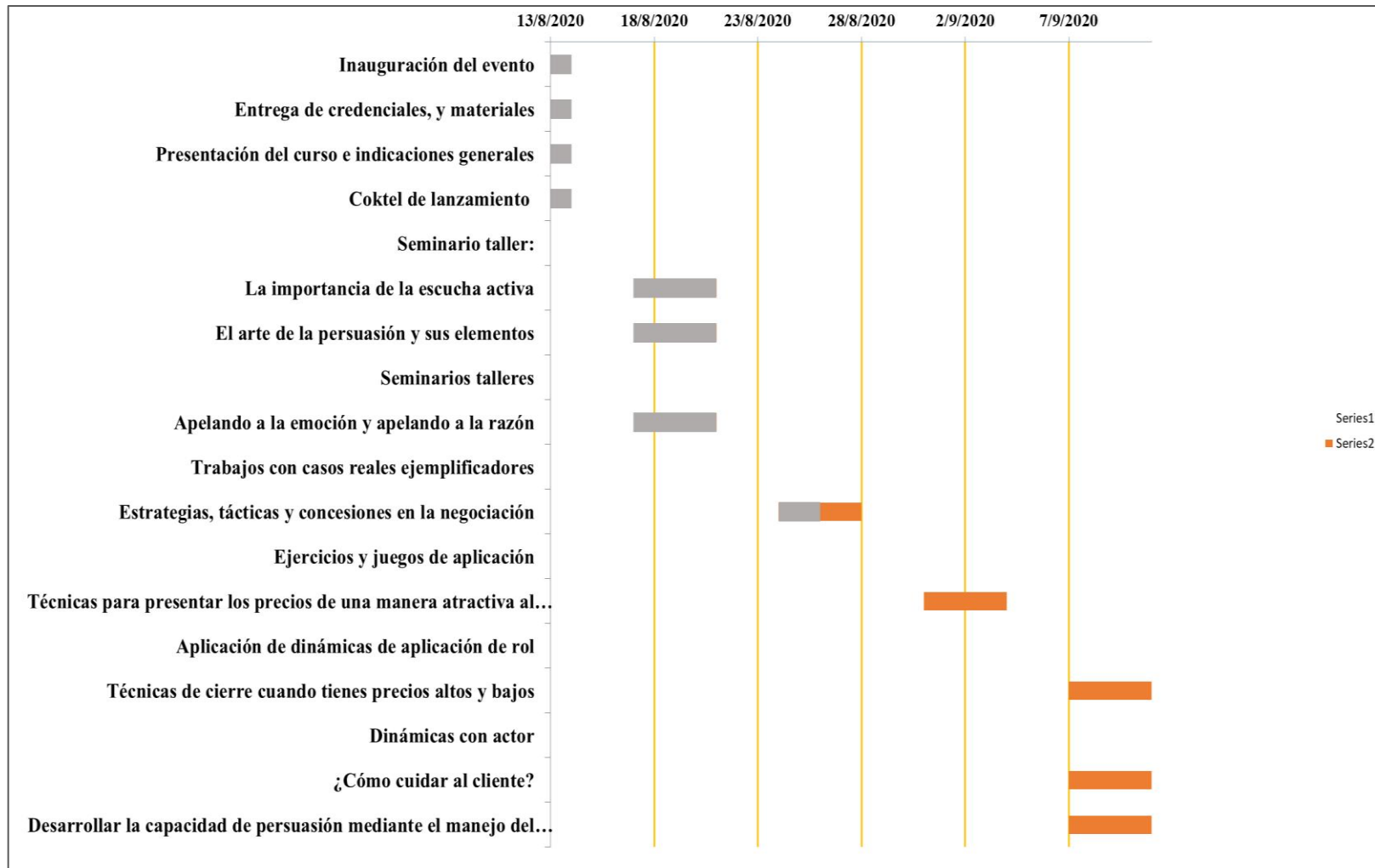


Figura 19 Diagrama de Gantt del Departamento de Ventas

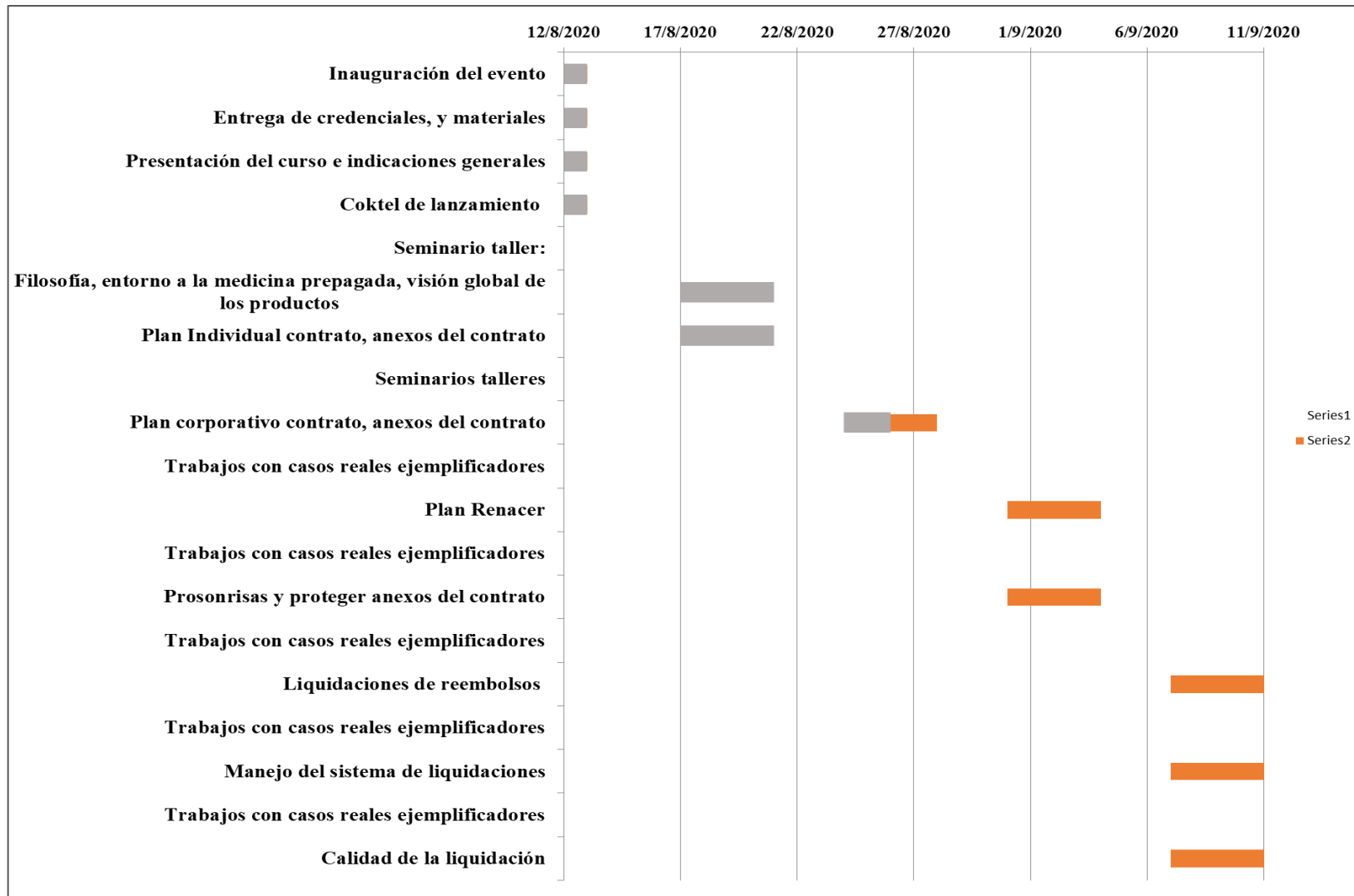


Figura 20 Diagrama de Gantt del Departamento de Liquidaciones

Perfiles para aspirantes a prestar servicios en la compañía Humana S.A.

Tabla 36

Perfil del Trabajador de las Diferentes Áreas en Humana S. A.

REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN
1.- PERFIL	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Tercer nivel
TÍTULO REQUERIDO	Administración de empresas, relaciones públicas, enfermería, tecnología en áreas de salud, comunicadores sociales o afines, economistas, ingenieros comerciales, médicos, marketing
EXPERIENCIA	1 como mínimo
ESPECIFICIDAD	El que se requiera para el puesto disponible
2.- CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS	
CONOCIMIENTO	Los generales del puesto
DESTREZAS Y HABILIDADES	
Proactividad	
Resolución de problemas y conflictos	
Comunicación oral y escrita	
Negociación	
3.- RESPONSABILIDADES Y TAREAS	
Vivir, sentir y ser ejemplo de la cultura de servicio	
Trabajo con diligencia y honestidad	
Realizar el análisis contractual, documental, de políticas y procedimientos, mediante la aplicación del contrato	
Manejo de registros y documentos de acuerdo al perfil del puesto	
Elaboración de informes	
Administrar los recursos humanos, financieros y materiales de la empresa	
Manejo adecuado de las relaciones humanas e interpersonales	
Aplicación de trabajos en grupo	
Manejo de herramientas tecnológicas	

Lineamientos de Evaluación.

Para poder realizar esta etapa de evaluación, dentro de cada capacitación se asignará valoración por: asistencia y participación o aplicación de cuestionarios, los mismos que le permitirán conocer al modulador las diferentes capacidades que constituyen los perfiles. Otro

medio de evaluación a utilizarse y que se encuentra descrito dentro del plan de mejora por cada departamento son las evaluaciones departamentales periódicas y la aplicación de los indicadores en cada departamento, los cuales servirán de apoyo para poder brindar un mejor servicio y por ende aumentar la satisfacción del cliente, logrando así aumentar la cartera de clientes y la evitar la deserción.

Evaluación departamental periódica.

La evaluación departamental a implementarse tiene como objetivo principal instituir las directrices y métodos para desarrollar el proceso de Evaluación de Desempeño de los colaboradores de la compañía Humana S.A (ver apéndice B)

Alcance.

Esta evaluación permitirá conocer los siguientes elementos del colaborador:

- Desarrollo de las funciones
- Desenvolvimiento conductual
- Necesidades de capacitación

La metodología a aplicarse será la de “90 grados”, en el cual cada jefe o coordinador departamental evaluará a cada colaborador de su equipo de trabajo; la misma se efectuará a través de una entrevista dirigida por el jefe o coordinador a cada colaborador. Este método busca valorar las destrezas, la disposición y el desempeño que cada colaborador tiene al momento de desarrollar las actividades propias de su cargo.

La evaluación se la realizará de acuerdo a los cargos que desempeñan los colaboradores, según las siguientes categorías:

- Gerencias
- Jefatura y coordinadores
- Administrativos
- Personal de servicio

Esta evaluación permitirá retroalimentar al colaborador acerca de cómo está desarrollando su trabajo, y de que es lo que espera la compañía de ellos, promoviendo en ellos así el deseo de superación para poder alcanzar las metas departamentales.

Adicionalmente, esta evaluación podrá proporcionar información al departamento de recursos humanos acerca de la necesidad de una formación continua o de las falencias de los colaboradores, la cuales serán consideradas parte del programa de capacitación anual.

Factores de la evaluación de desempeño.

Evaluación del desempeño de competencias.

En la evaluación funcional se darán valores a cada una de actividades descritas que formar parte de las funciones del puesto.

Evaluación del desempeño conductual.

La evaluación del desempeño se realizará de acuerdo al puesto (gerencias, jefaturas o coordinadores, administrativos y personal de servicio) que se está evaluando.

Formación continua.

En esta parte se revisará el intelecto de cada colaborador acerca de los diferentes argumentos técnicos o administrativos que emplea para el desarrollo de las actividades propias de su cargo.

Esto ayudará también al reconocimiento de oportunidades de mejora, las mismas que serán indicadas en el feedback que en lo posterior se le realizará a cada colaborador. Con la retroalimentación se deberá llegar a acuerdos con el colaborador, los mismos que quedarán escritos dentro del formulario de la evaluación de desempeño.

Sistema de medición.

El sistema de medición se lo realizará de acuerdo a las siguientes etapas:

- Se establece la medición de los factores funcionales y conductuales, mediante una escala Likert del 1 al 10, donde 1 es el valor más bajo y 10 el más alto.
- Posteriormente, se realizará la ponderación de los factores, en el cual los funcionales tiene un mayor puntaje (60%) porque corresponde a la ejecución, responsabilidades y objetivos de las funciones propias del cargo. Los factores conductuales tienen también una buena valoración (40%), pues en la misma se evalúa el accionar del colaborador lo que genera un mayor interés para la compañía.
- Luego de dar un valor a todos los factores, se deberá calcular una media, y posterior se debe realizar el cálculo aritmético de la ponderación resultante, para finalmente tener un promedio general de la evaluación. Ejemplo:

Promedio de los factores funcionales: 7

Multiplicación por su ponderación $8 \times 60\% = 4.2$

Promedio de los factores conductuales: 8

Multiplicación por su ponderación $8 \times 40\% = 3.2$

Total de los resultados: $4.2 + 3.2 = 7.4$

Significa que la evaluación final es 7.4, en el cual de acuerdo a la valoración de los criterios daría como resultado que el colaborador cumple sus funciones de manera normal. A continuación se presenta la tabla de criterios.

Tabla 37
Criterios de cumplimiento

CRITERIOS	CUMPLIMIENTO
Excelente	9.5 a 10.00
Sobresaliente	9.0 a 9.4
Normal	7.0 a 8.9
Insuficiente	1 a 6.9

Adaptado de: Escala de Likert (*Hernández Sampieri, 2014, p. 6*)

Indicadores de gestión.

Entre los indicadores de gestión propuestos a cada departamento están:

Indicadores departamento de servicio al cliente

Una forma de medir la gestión del equipo de trabajo del departamento de servicio al cliente será la implementación de los indicadores de estrategias y operacionales. Los mismos se sacarán de manera mensual para ir evaluando el desempeño del equipo de trabajo.

Indicadores de estrategias.

Estos indicadores permitirán implementar estrategias para mejorar o mantener el servicio.

Entre los indicadores estratégicos que se pueden implementar están:

- Índice de satisfacción del cliente, que servirá para medir el porcentaje de satisfacción en el período. Su forma de cálculo será: $(\text{Encuestas con calificación } 7,8,9 \text{ y } 10 / \text{Total de encuestas}) * 100$
- Índice de deserción, a través del cual se podrá obtener el porcentaje de desafiliaciones del período, y cuyo cálculo será: $(\text{No. Total de desafiliaciones} / \text{No. Total de afiliados}) * 100$

Indicadores operacionales.

Estos indicadores permiten evaluar la operatividad de las funciones realizadas por los ejecutivos de servicio al cliente, los mismos servirán de apoyo para que la gerencia pueda mejorar los tiempos de respuesta hacia el cliente, entre ellos tenemos:

- Índice de quejas, en el que se obtiene el porcentaje de quejas del período; su cálculo se efectuará de la siguiente manera: $(\text{Cantidad de quejas resueltas} / \text{Cantidad de quejas recibidas}) * 100$
- Índice de tiempo de espera, en el cual la velocidad es parte primordial para la determinación de la satisfacción del cliente, en el cual es esencial responder los requerimientos de los clientes rápidamente. Este indicador medirá el tiempo de espera del cliente para ser atendido por un ejecutivo de servicio al cliente. Para poder calcular este indicador se calcula el promedio del tiempo de espera en el período.

Indicadores de Call Center.

Una manera de poder medir la parte operativa operativos de Call center es mediante la implementación de indicadores mensuales, entre los que tenemos:

- Indicador de calidad de atención, mide el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad por Call center y se lo obtiene calculando $(\text{No. De llamadas que cumplen los estándares de calidad planteados} / \text{total de llamadas recibidas en el período}) * 100$
- Indicador de llamadas desatendidas, este indicador proporciona el número de llamadas abandonadas, se calcula dividiendo el número de llamadas abandonadas para para el número de llamadas entrantes y el resultado se multiplica por 100.

Indicadores de Liquidaciones.

Los indicadores que se empleen en el departamento de liquidaciones, servirán para implementar o mejorar los procesos establecidos en los reembolsos y de esta manera reducir el índice de quejas en el departamento de servicio al cliente. Estos serán de aplicación mensual; entre ellos tenemos:

- Indicador de cumplimiento de liquidaciones: mide el cumplimiento del pago de las liquidaciones de los reembolsos en todas las líneas de los negocios. Se calcula de la siguiente manera: $\text{No. de liquidaciones realizadas en el tiempo establecido} / \text{No. total liquidaciones de pago al afiliado efectuadas} * 100$.
- Errores de liquidación: este indicador mide el porcentaje de los errores de las liquidaciones realizadas, su cálculo se obtiene dividiendo la cantidad de casos con error de liquidación / cantidad de casos auditados)*100.

Indicadores de Cobranzas.

Los indicadores de cobranzas ayudaran a mantener el equilibrio entre los gastos y las ganancias de la empresa, para poder obtener la rentabilidad esperada. Estos indicadores serán de aplicación mensual y entre ellos tenemos:

- Índice de cobranzas: este indicador permitirá recuperar la cartera, se obtiene de la siguiente manera: $(\text{recuperación real} / \text{proyección de recaudo mensual}) * 100$.

Indicadores de Ventas.

Los indicadores de ventas también se los conoce como KPI cuyas siglas en inglés significan Key Performance Indicator, los mismos ayudan a controlar la productividad y el cumplimiento

de las tareas encomendadas a un ejecutivo de ventas; con estos indicadores se verifica si se está logrando o superando los objetivos de ventas.

Si al realizar esta medición, se verifica que los objetivos no son alcanzados, esto querrá decir que hay puntos en los que se debe mejorar o cambiar las estrategias que se están implementando en las ventas para alcanzar las metas propuestas. Su medición es de forma mensual. A continuación se mencionan los indicadores:

- Índice de calidad de contratos: Este índice permite que disminuyan los reprocesos por los contratos mal llenos, se lo obtendrá dividiendo $(\text{No. de contratos devueltos con errores} / \text{No. total de contratos entregados}) * 100$
- Índice del cumplimiento del presupuesto de ventas, con este índice se podrá observar si se ha cumplido el presupuesto establecido para ventas, el mismo se obtiene dividiendo $(\text{ventas realizadas} / \text{presupuesto}) * 100$
- Índice de cotizaciones, este índice permitirá conocer qué porcentaje de contratos se firmaron posterior a una cotización, el mismo se obtiene dividiendo $(\text{cotizaciones ganadas} / \text{cotizaciones realizadas}) * 100$

Conclusiones

Las bases teóricas permitieron establecer que la satisfacción del cliente depende del desempeño que pueda percibir a través de un producto en cuanto a la entrega de valor en relación con las expectativas del comprador; lo que hace que este término sea muy sugestivo en su apreciación, porque dependerá de lo que el cliente pueda percibir al momento de la tangibilidad del servicio contratado. En cambio el término calidad hace referencia a la capacidad de satisfacer al cliente en sus necesidades, expectativas o requerimientos; pues cada cliente puede medirlo de acuerdo a las condiciones de uso para los cuales se contrató el servicio.

En este sentido, la búsqueda o diseño de los indicadores que se perciben al evaluar el grado de satisfacción, entendido como variables donde se puedan relacionar a la empresa y el cliente, se convierten en factor clave que permite calificar los procesos a través de la palabra calidad de servicio.

A pesar que la compañía Humana S.A., posee una buena cartera de clientes, al momento de medir su desempeño se encuentra que existe diferenciación en la visión que tienen sus afiliados al evaluarla; puesto que así como se da la aceptación de un cierto grupo de afiliados también se encuentran clientes insatisfechos en cuanto a calidad de servicio otorgado; por lo que es necesario que se diseñen y apliquen los correctivos pertinentes para evaluar constantemente el rendimiento del personal y de los proveedores que lo conforma, para que la mayor parte de la cartera sea fidelizada. Al hacer la comparación con los resultados de la encuesta aplicada sostiene que hay coincidencia entre los puntos débiles con la insatisfacción de los clientes, los cuales se manifiestan a través de las puntuaciones señaladas en la valoración del servicio, como por ejemplo los errores en liquidaciones, la atención, los horarios, los pocos especialistas en red, los trámites excesivos entre otros.

Cabe recalcar que los afiliados son de gran importancia ya que esta variable situacional puede catapultar o perjudicar la imagen de la organización dentro del mercado, por lo que generar comentarios positivos se vuelve esencial. De acuerdo a esto en la metodología SERVQUAL recabada se notan las siguientes puntuaciones regulares como son: el acceso a las instalaciones, la asesoría acerca de los contratos, la tendencia a resolver solicitudes, el conocimiento necesario de los asesores para responder a las preguntas y la atención personalizada, generaron inconvenientes en la expectativa de la calidad de servicio que entrega la misma, sostiene una recurrencia en la incidencia de la capacitación generada en los empleados dentro sus actividades laborales cotidianas. Por consiguiente, la percepción se orienta a un plan de mejoramiento en la capacitación de los empleados; con esto se logrará acortar las brechas entre la calidad de servicio y la satisfacción al usuario, es decir mantener un equilibrio entre las expectativas y las percepciones. Otra herramienta con la cual se puede obtener datos acerca de la satisfacción del usuario y la calidad de servicio percibido, es a través de la implementación de un software, en el cual el afiliado puede evaluar al ejecutivo y a la atención recibida al momento de finalizar su requerimiento.

Al cumplir con el objetivo propuesto, se podrá decir que la organización pudo fijarse en la mente del consumidor y en el mercado con mejores oportunidades para competir en el área de los seguros, atrayendo de esta manera a nuevos y potenciales clientes.

Recomendaciones

En futuras investigaciones, se recomienda realizar una investigación más detallada acerca de calidad de los servicios prestados para poder relacionarlos con otras variables de estudio, que permitan tener otra visión, para implementar estrategias enfocadas en mejorar el servicio de las compañías de medicina prepagada y que las mismas puedan servir como ejemplo en futuras investigaciones.

Para mantener la optimización de los procesos, a continuación, se dará las respectivas recomendaciones que deben ser aplicadas en las diferentes áreas de la compañía Humana.

Con el fin de afianzar y fortalecer la visión institucional se aplicará una evaluación periódica en las diversas áreas de acuerdo a los indicadores establecidos, con el propósito de implementar correctivos que impidan se evidencien las falencias en los servicios que se ofertan a nuestros y futuros asegurados.

Posterior a la evaluación y al monitoreo de cada departamento, se debe motivar a los colaboradores mediante el establecimiento de un incentivo monetario o no monetario para realzar las cualidades, capacidades, virtudes del personal y del equipo de trabajo, los mismos que pueden ser entregados dentro de la empresa, en la conmemoración de alguna fecha especial, en capacitaciones, integraciones o entre otros.

Así mismo, se recomienda que a futuro se piense en la reubicación de las oficinas de la sucursal de Guayaquil, para que Humana esté al alcance de los asegurados.

Teniendo en cuenta, que el Departamento de Ventas es el punto central dentro de la actividad productiva institucional es necesario dar una correcta inducción al personal de ventas sobre la cartera de productos que tiene Humana, con el objetivo de que ellos puedan otorgar un correcto asesoramiento a los clientes.

De igual manera es importante que el departamento de Servicio al Cliente de seguimiento a los trámites solicitados por los clientes hasta el cierre del requerimiento, porque de esta forma se trasmite la idea de la calidad de servicio e importancia que tienen los afiliados para la Operadora Humana. También se hará mucho énfasis en mejorar el lenguaje verbal y no verbal de los ejecutivos de Servicio al Cliente, a través de la atención personalizada y de la escucha activa, para de esta manera establecer empatía con el cliente mediante el conocimiento de las necesidades y expectativas del mismo.

El siguiente punto es, reforzar los canales de marketing (impresos y digitales) con la finalidad de dar a conocer a todos los usuarios los beneficios que confiere la empresa a sus asociados.

Así mismo, se sugiere establecer como una evaluación frecuente el uso del botón Happy Note, que es un software, que permite medir la satisfacción de los clientes, después de la atención otorgada por los ejecutivos de la empresa.

También, se debe implementar un formulario de satisfacción electrónico como una muestra aleatoria trimestral, para conocer los puntos más importantes a mejorar.

Por último, revisar el proceso de liquidación a fin de poder verificar si todos los documentos que se solicitan son los adecuados para una liquidación eficaz y con observancia en leyes y reglamentos.

Referencias

- A.H, M. (1991). *Motivación y Personalidad* (Vol. Tercera Edición). Madrid, ESPAÑA: Diaz de Santos S.A.
- Agustin Mejia Acosta, E. G. (2018). *Impacto de la calidad de servicios sobre la satisfacción de los clientes en una empresa de mantenimientos*. Universidad Centrooccidental Lizandro Alavarado, Carabobo .
- Albarrán Lozano, I. (30 de enero de 2008). *Research Gate*. (D. d. 2, Ed.) Recuperado el agosto de 2020, de <http://www.ucm.es/BUCM/cee/doc/00-22/0022.html>
- Alcalde, E. (jul./set. 2010 de 2009). Producción científica peruana en medicina y redes de colaboración, análisis del ScienceCitationIndex 2000-2009. 27(3), 12.
- Àlvarez, C. A. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Colombia: Facultad de Ciencias Sociales y Huamanas.
- Arosemena, G. (7 de febrero de 2016). Primeras Compañías de Seguros del Siglo 20. *Diario El Expreso*, pág. 2 Y 3.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. Quito, Ecuador.
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (20 de octubre de 2008). Constitución de la República del Ecuador. *En Acuerdo Nacional de Salud 2007-2008*, 24. Ciudad Alfaro, Montecristi, Ecuador.
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (17 de octubre de 2016). Ley Orgánica que regula a las commpañías que financien servicios.... *Suplemento No. 863*. Quito, Ecuador.
- Asociación de Academias de la Lengua española. (2019). *Diccionario de la lengua española* (XXIII ed.). Madrid, España.

- Benavides Durán, F. (2018). *Evaluación del Nivel de Satisfacción del Usuario Externo con Relación a la Calidad de Atención en el Seguro Social Campesino de la Provincia de El Oro*. Guayaquil: Repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Obtenido de chrome-extension://oemmnndcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10839/1/T-UCSG-POS-MGSS-131.pdf.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera ed.). (O. F. Palma, Ed.) Bogotá, Colombia: Pearson.
- Brooks, R. (1995). *Internal Services Quality: A theoretical development*. Recuperado el 1 de Mayo de 2020, de chrome-extension://oemmnndcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/3966/fichero/1%252F2.pdf
- Cardenas Rivera, M. (2019). *Propuesta de mejora para la gestión de servicios de seguros de asistencia médica y su impacto en el mercado de Guayaquil*. Guayaquil: Repositorio de la Universidad Tecnológica Empresarial de Guayaquil. Obtenido de chrome-extension://oemmnndcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://181.39.139.68:8080/bitstream/handle/123456789/158/PROPUESTA-DE-MEJORA-PARA-LA-GESTION-DE-SERVICIO-DE-SEGUROS-DE-ASIST.
- Cardona, C. R. (2010). *Fundamentos de Administración* (Tercera ed.). Bogotá, Colombia.
- César Camisón, S. C. (2006). *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid, España: Prentice hall.
- Código de Comercio Ecuatoriano. (1960). Registro Oficial 20 de agosto de 1960. En *Última reforma: 26-jun-2012* (Vol. Suplemento No. 1202). Ecuador.

- Comisión de Legislación y Codificación, C. N. (2014). *Ley General de Seguros* (Vol. Libro 3). Ecuador.
- COMMITTEE, U. N. (2015). ISO 9001 SISTEMAS DE LA GESTION DE LA CALIDAD-REQUISITOS. GINEBRA, SUIZA: SECRETARIA CENTRALDE ISO.
- Congreso Nacional. (25 de septiembre de 2002). *Sistema Naciona de Salud*. Obtenido de http://www.conasa.gob.ec/?page_id=593
- Constituyente, A. (2016). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Ediciones Legales.
- Diario Expreso. (08 de agosto de 2018). El IEES tiene 143 prestadores en Guayas.
- Donadbian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Duarte, S. I. (2015). *Marketing de Relaciones. Fidelización de clientes en el sector público*. Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura, Badajoz, Portugal.
- Duque Olivia, E. J. (2012). Revista Innovar Journal.
- Duque, O. E. (Enero - Junio de 2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR (Revista de Ciencias Administrativas y Sociales)*, 68.
- Ec. Victor Andres Zabala. (5 de julio de 2018). El sector asegurador experimento una leve recuperacion. *EKOS*, 291, 68, 69.
- Escayola Mansilla, J. (2017). *Estudio sobre la calidad percibida en clientes de seguros de particulares. Aplicación de la función Quality Function Deployment (QFD)*. Universidad Ramón Llull.
- Espinoza Montoya, L. A. (octubre de 2016). Plan estratégico que contribuya a reducir la deserción de afiliados individuales en Ecuasanitas Guayaquil. 26-31. Repositorio de la

- Universidad de Guayaquil. Obtenido de chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/adm/http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/15740/1/TESIS%20-%20ING%20%20LEONARDO%20ESPINOZA_tribunal%20oct%202016.pdf.
- Fisher, L. y. (1994). *Introducción a la investigación de mercado* (3era. ed. ed.). (M. G. Ibroamericana, Ed.) México.
- Franklin, E. B. (2007). *Auditoría Administrativa Gestión Estratégica del Cambio* (Segunda ed.). (P. M. Rosas, Ed.) México: Prentice Hall.
- Freire, J. (2016). *Estudio de la incidencia económica en las compañías de seguros por los posibles impactos en la suscripción de contratos de seguros no acordados con condiciones de contratos de reaseguros*. Repositorio de la Escuela Superior Politécnica del Litoral. Obtenido de chrome-extension://https://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/29668.
- Galarza, M. K. (2019). *EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO A LOS AGRICULTORES DEL CANTÓN SAN JACINTO DE YAGUACHI*. Guayaquil: Repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Obtenido de chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/adm/http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/13241/1/T-UCSG-POS-MGSS-204.pdf.
- García, B. &. (2010). *SPSS: Análisis de Fiabilidad*. Valencia : Grupo de Innovación Educativa Universitat de Valencia (innovaMIDE).
- GONZALEZ, J. J. (2009). *Satisfacción de usuario: La investigación sobre las necesidades de información*.

- Gupta, S. a. (2005). *Customer Metrics and Their Impact in Financial Performance*.
- Guzmán, A. M. (2019). Funcionamiento y gobernanza de Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*(63), 185-205.
- (2009). Calidad de servicio y Recursos Humanos: caso estudio tienda por departamento. En C. A. Hernández de Velasco Judith. *Revista Venezolana de Gerencia*.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). Mexico DF, Mexico: Mc Graw Hill.
- Ibarra Morales, L. E., Espinoza Galindo, B., & Casas Medina, V. (2014). *Aplicación del modelo Servqual para evaluar la Calidad en el Servicio en los hospitales Públicos de Hermosillo Sonora*. Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México.
- INEN y ONU Mujeres. (mayo de 2013). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS. (2019). *Boletín Estadístico No.23*. Quito.
- Joan L. Giese, J. A. (2002). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review* , 2000, 1-34.
- Johnson, M. A. (marzo de 1995). *Rational and adapting performance expectations in a customer satisfaction framework*. (J. a. research, Ed.) Obtenido de <http://scholarship.sha.cornell.edu/articles/430/>
- Keynes, J. M. (1939). *Prefacio a la Edición Francesa*. Alberto Supelano Traducciones.
- Kotler, P. (2006). *Dirección de Mercadotecnia: Análisis planeación implementación y control* (Octava Edición ed.). Pearson Educacion.
- Kotler, P., Blum, P., & Hayes, T. (2004). *El marketing de los servicios profesionales*. Paidos Iberica.

- Levin, R., Rubin, D., Del Valle, J., & Gómez, R. (1996). *Estadística para administradores y economía* (Septima ed.). México: Prentice Hall.
- Liljander, V. &. (1993). *Different comparison standards as determinants of service quality* (Vol. 6). Helsinki, Finlandia: En V. y. Liljander, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*.
- Lovelock, C. &. (2009). *Marketing de servicios personal, tecnología y estrategias* (Sexta ed.). Mexico: Prentice Hall.
- Lucio, R., Villacreses, N., & Henríquez, R. (enero de 2011). Sistema de Salud del Ecuador. *Salud Pública en México, SCIELO, 53 (2), 177-187*.
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2006). *Garantía de la Calidad en Salud* (2da. ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- MAPFRE. (s.f.). Recuperado el 9 de agosto de 2020, de <http://www.mapfre.es/seguros/particulares/salud/faqs-salud/copago.jsp>
- MAPFRE. (s.f.). Recuperado el 9 de agosto de 2020, de <http://www.mapfre.com.pa/seguros-pa/seguros/seguros-acp/salud/carencia.jsp>
- Ministerio de Salud Pública. (18 de diciembre de 2015). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, M. (Mayo de 2012). Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la red pública integral de salud y en la red privada complementaria de prestadores de servicios de salud. 3. Quito: MSP.
- Muñoz Colomina, C. &. (2000). *Indicadores de relación con el cliente en el sector asegurador*. Valencia: Universidad Complutense de Madrid.

- Ngo Vu Minh, N. H. (2016). *La relación entre la calidad del servicio, la satisfacción dle cliente y la leatad del cliente: Una investigación en el sector de la banca minorista Vietnamita*. Vietnam: Journal of competitiveness.
- Ngo, M. N. (2016). The Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Loyalty: An Investigation in Vietnamese Retail Banking Sector. *Journal of Competitiveness*, 103-116.
- Novoa, J. (2012). *Derechos de Seguros* (Vol. Primer). (U. T. Loja, Ed.) Loja, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud. (26 de febrero de 2017). *Sitio Web Mundial*. Obtenido de http://www.who.int/topics/health_systems/en/
- Papic, S. M. (2017). *Análisis y evolución del mercado asegurador ecuatoriano*. Universidad Espíritu Santo, Facultad de Postgrados, Guayaquil.
- Parasuraman, A. Z. (1988). *SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality*. Journal of Retailing.
- Philip Kotler, G. A. (2008). *Fundamentos de Marketing* (8ava. ed.). Mexico: Prentice Hall.
- Prieto Perez, E. (2008). Las entidades de seguros como intermediarios financieros. *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*(17), 8192.
- R. Lucio, N. V. (enero de 2011). Sistema de Salud del Ecuador. *Salud Pública en México, ScIELO*, 53 (2), 177-187.
- Real Academia Española*. (s.f.). Obtenido de <https://dle.rae.es>
- Rodríguez Zambrano, J. B. (mayo de 2016). Influencia de los seguros privados en el Ecuador en los negocios internacionales. 39-48. Repositorio de la Universidad de Guayaquil. Obtenido de [chrome-extension://http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/16027](http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/16027).
- Rosander, A. (1992). *La búsqueda de la calidad en los servicios*. Díaz de Santos.

- Ruíz Ferrán, J. (2008). El seguro médico privado en la Unión Europea. *Ars. Médica. Revista de Humanidades*, 4.
- Sánchez, Y. F. (noviembre de 2018). *Repositorio Institucional*. Obtenido de <http://repositorio.up.edu.pe/>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, S. (2017). Plan Nacional de Desarrollo. Quito, Ecuador: Semplades.
- Sevilla, A. (14 de julio de 2019). *Economipedia*. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/gastos-financieros.html>
- Stamenka Mirela Papic Neira. (enero de 2017). *Dspace*. Obtenido de www.repositorio.uess.edu.ec
- Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. (s.f.). Recuperado el 9 de agosto de 2020, de www.sbs.gob.ec
- Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. (s.f.). Recuperado el 3 de agosto de 2020, de http://appscvsmovil.supercias.gob.ec/guiasUsuarios/images/guias/glo_ter/GLOSARIO_TERMINOS.pdf
- Thompson. (1998). *Dirección y Administración Estratégicas, conceptos casos y lecturas. "Análisis swot que es necesario buscar para medir los puntos fuertes débiles, las oportunidades y amenazas en una compañía"* (Primera ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- Tigani, D. (2006). *Excelencia en Servicio* (1ERA. EDICION ed.). Liderazgo 21.
- W., Staton; Etzel, M., Walker, B. (2004). *Fundamentos de Marketing*. Mc Graw Hill.
- Westbrook, R. A. (1983). *Consumer Satisfaction and the Phenomenology of Emotions during Automobile Ownership Experiences* (Department of Marketing, Indiana University ed.). Bloomington: Editores Ralph L. Day and H. Keith Hunt.

Zabala, E. V. (5 de julio de 2018). El sector asegurador experimento una leve recuperacion.

EKOS, 291, 68, 69.

Zeithaml, V. B. (1988). *Communication and Control Processes in Delivery of Service Quality*.

Journal of Marketing.

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

TRABAJO DE TITULACIÓN

ENCUESTA

Objetivo de la Investigación: Evaluar el grado de satisfacción en relación a la calidad de los servicios de salud prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil

La presente encuesta es anónima, no escriba ningún nombre, elija la alternativa que usted considere la adecuada desde su punto de vista con respecto a las atenciones brindadas por Humana y su red de prestadores.

El propósito es que usted responda con total libertad.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Género del entrevistado

Hombre _____

Mujer _____

Edad del entrevistado

Menos de 20 años _____ De 41 a 50 años _____

De 21 a 30 años _____ Más de 51 años _____

De 31 a 40 años _____

¿Cuál fue el último nivel de estudio que cursó de forma completa?

Sin estudios _____

Primaria completa _____ Carrera técnica o comercial _____

Secundaria completa _____ Tercer Nivel _____

¿Qué tipo de póliza posee con Humana?

Individual y familiar	_____	Renacer	_____
Empresarial	_____	Prosonrisas	_____
Corporativo	_____	Marathon juega seguro	_____
Proteger	_____		

¿Cómo se enteró de Humana?

Página Web	_____	Empresas	_____
Publicidad en redes sociales	_____	Recomendación	_____

Primera parte: Calidad de servicio

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------	-------------------	----------------------------------

Q1. Elemento tangible

1. Las oficinas de Humana tienen equipos actualizados y modernos
2. Las instalaciones físicas de Humana son visualmente atractivas
3. El personal luce impecable (arreglado, limpio).
4. Las instalaciones de la compañía Humana son de fácil acceso

Q2. Elemento fiabilidad

5. La compañía realiza bien el servicio desde la primera vez
- 6.- Cuando le prometen solucionar su problema o requerimiento en cierto tiempo, lo cumplen
7. El personal de Humana es preciso o certero en la entrega de su servicio
8. El comportamiento de los empleados de Humana genera confianza
9. El representante de ventas, informa y asesora adecuadamente acerca de los contratos

Q3. Elemento capacidad de respuesta

10. El personal de Humana le indica exactamente cuándo está listo su requerimiento
11. Usted es atendido con prontitud por el personal de Humana
12. El personal de Humana siempre está dispuesto a ayudarlo
13. Los empleados de Humana siempre tiende a resolver a sus solicitudes
14. Los reembolsos por gastos médicos son efectuados de acuerdo al tiempo que estipula el contrato

Q4. Elemento seguridad

15. Usted se siente seguro durante la atención en las oficinas de Humana o en los puntos de externos
16. Los empleados de Humana tienen el conocimiento necesario para responder a sus preguntas
17. Los empleados de Humana siempre se muestran cordiales
18. Se siente seguro de realizar transacciones con Humana

Q5. Elemento empatía

19. Siente que a la compañía realmente le importan sus necesidades
20. Los empleados de Humana entienden sus necesidades específicas
21. La compañía Humana le brinda atención personalizada.
22. La compañía tiene horarios de atención convenientes para sus clientes

Segunda parte: Satisfacción del usuario por medio de los servicios que percibe

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
S1. Calidad Funcional Percibida					
1. El personal de Servicio al cliente le ofrece una atención ágil					
2. El personal de Servicio al cliente de Humana es amable y cordial en el trato					
3. Está de acuerdo en los horarios de atención en los puntos de servicio					
S2. Calidad Técnica Percibida					
4. El personal de ventas proporciona información clara y precisa					
5. Humana posee variedad de planes con muchos beneficios					
6. Considera usted que los planes de Humana son asequibles					
7. Es fácil contactarse con el call center de Humana					
8. El call center de Humana resuelve correctamente y con agilidad los problemas					
9. Es fácil contactarse con un asesor de Humana en los diferentes canales digitales					
10. Considera que existe valiosa información virtual acerca de los beneficios que ofrece Humana					

S3. Valor Percibido

11. Las liquidaciones por gastos médicos son realizadas dentro del tiempo que estipula el contrato

--	--	--	--	--

12. La calidad de las liquidaciones es optima

--	--	--	--	--

13. Existe facilidad en los trámites de reembolso

--	--	--	--	--

14. Conoce usted los medios por los que puede pagar las cuotas de su seguro

--	--	--	--	--

15. El cobro de las primas se realiza de manera correcta

--	--	--	--	--

S4. Confianza

16. El kit de bienvenida y las tarjetas son entregadas a tiempo

--	--	--	--	--

17. Se le realizó seguimiento post venta

--	--	--	--	--

18. Recomendaría usted Humana a otras personas

--	--	--	--	--

19. Ha recomendado usted a Humana a otras personas

--	--	--	--	--

S5. Expectativas

20. Humana cuenta con buenos especialistas en red (prestadores médicos)

--	--	--	--	--

21. Es fácil realizar una cita médica en los centros médicos en red

--	--	--	--	--

22. Usted conoce a los prestadores que pertenecen a su plan contratado

--	--	--	--	--

Apéndice B. Evaluación de desempeño

**COMPAÑÍA HUMANA S.A.
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

FECHA DE LA EVALUACIÓN:

PROMEDIO GENERAL

**I. PARTE. IDENTIFICACIÓN DEL
COLABORADOR**

NOMBRE DEL EVALUADO:

CARGO:

GERENCIA:

DEPARTAMENTO:

II. PARTE. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR COMPETENCIAS (60%)

FUNCIONES DEL PUESTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**SUBTOTAL
(PROMEDIO)**

**III. PARTE. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO CONDUCTUAL
(40%)**

FUNCIONES DEL PUESTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**SUBTOTAL
(PROMEDIO)**

IV. PARTE. FORMACIÓN CONTÍNUA

V. PARTE. COMENTARIOS	
COMENTARIOS DEL EVALUADOR	COMPROMISOS DEL EVALUADO

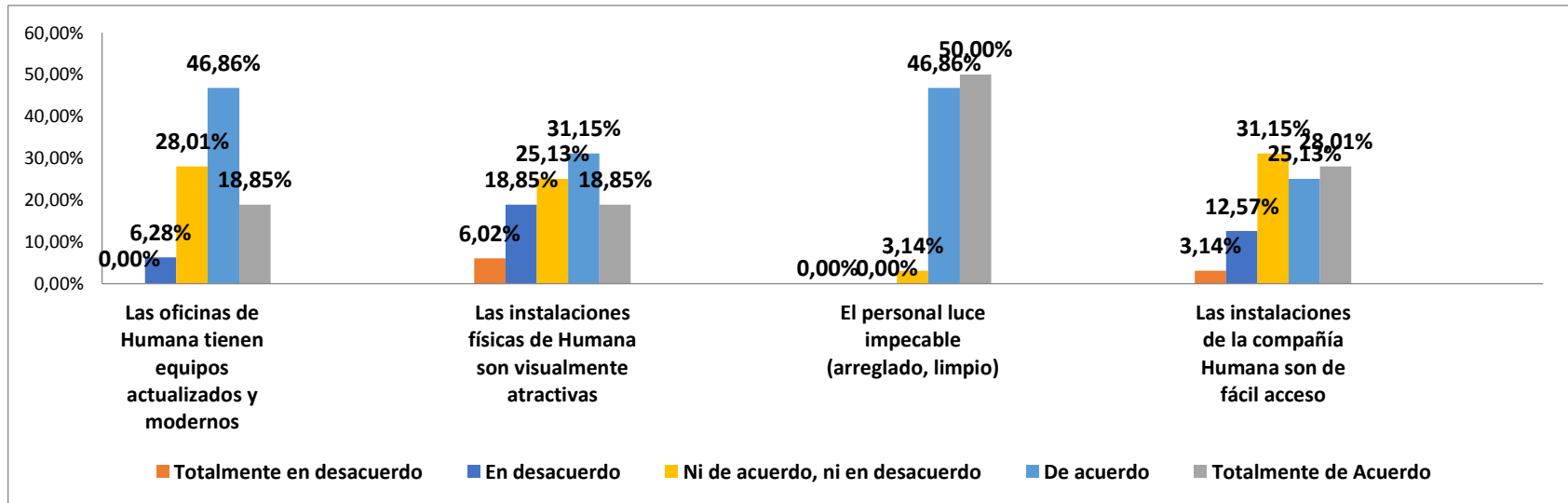
V.I PARTE. FIRMAS DE PARTICIPACIÓN

FIRMA DEL EVALUADOR

FIRMA DEL EVALUADO

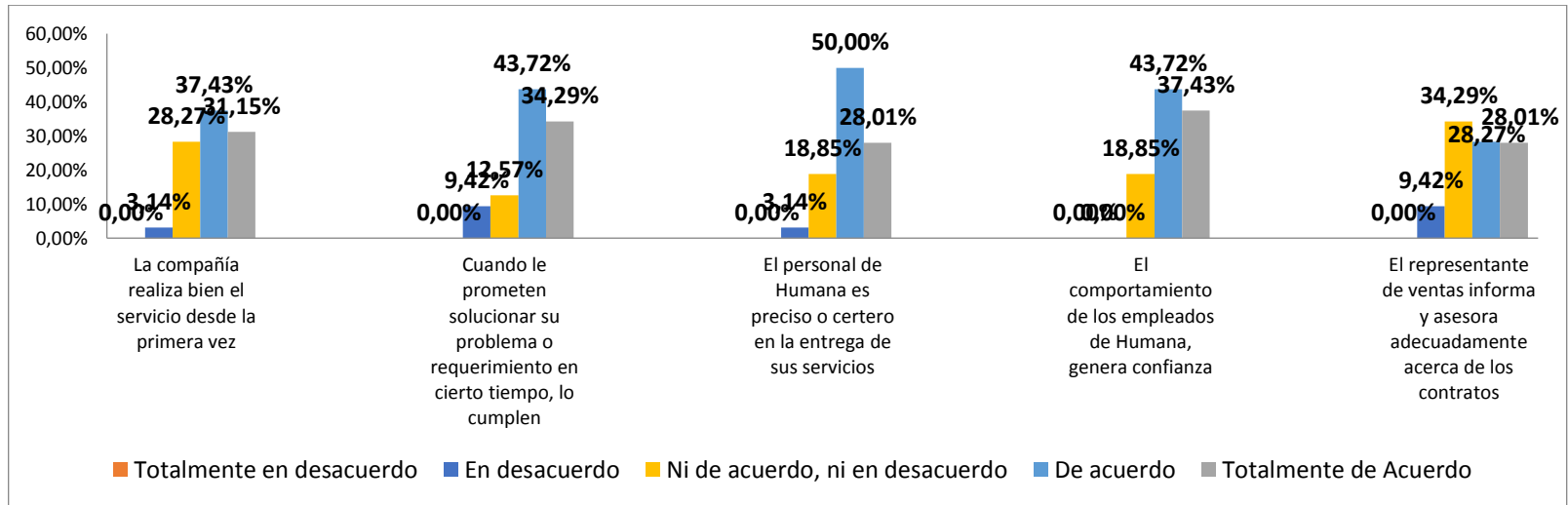
Apéndice C. Dimensión Elemento Tangible

Opciones	Las oficinas de Humana tienen equipos actualizados y modernos	Las instalaciones físicas de Humana son visualmente atractivas	El personal luce impecable (arreglado, limpio)	Las instalaciones de la compañía Humana son de fácil acceso
Totalmente en desacuerdo	0,00%	6,02%	0,00%	3,14%
En desacuerdo	6,28%	18,85%	0,00%	12,57%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	28,01%	25,13%	3,14%	31,15%
De acuerdo	46,86%	31,15%	46,86%	25,13%
Totalmente de Acuerdo	18,85%	18,85%	50,00%	28,01%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



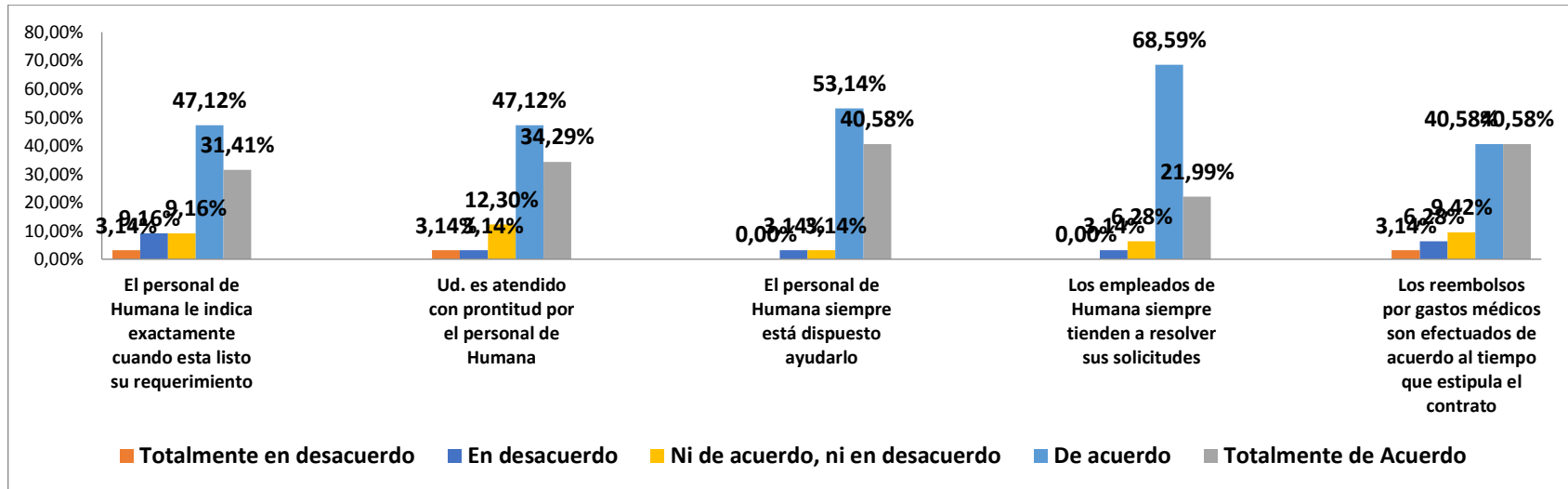
Apéndice D. Dimensión Elemento Fiabilidad

Opciones	La compañía realiza bien el servicio desde la primera vez	Cuando le prometen solucionar su problema o requerimiento en cierto tiempo, lo cumplen	El personal de Humana es preciso o certero en la entrega de sus servicios	El comportamiento de los empleados de Humana, genera confianza	El representante de ventas informa y asesora adecuadamente acerca de los contratos
Totalmente en desacuerdo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
En desacuerdo	3,14%	9,42%	3,14%	0,00%	9,42%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	28,27%	12,57%	18,85%	18,85%	34,29%
De acuerdo	37,43%	43,72%	50,00%	43,72%	28,27%
Totalmente de Acuerdo	31,15%	34,29%	28,01%	37,43%	28,01%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



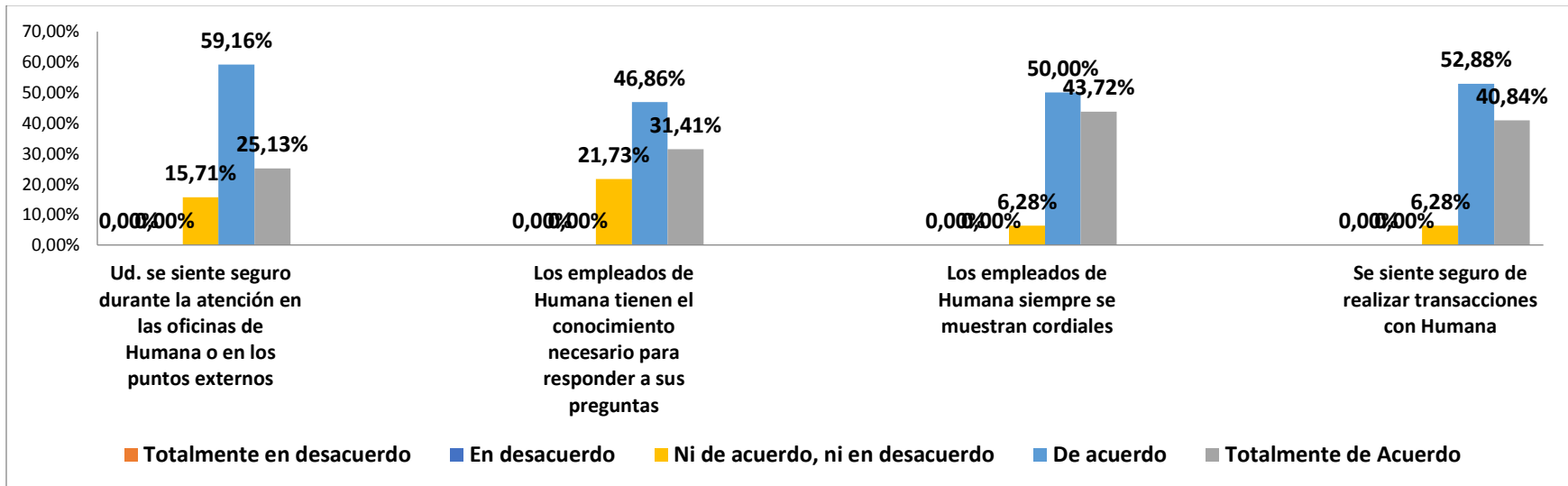
Apéndice E. Dimensión Elemento Capacidad de Respuesta

Opciones	El personal de Humana le indica exactamente cuando está listo su requerimiento	Ud. es atendido con prontitud por el personal de Humana	El personal de Humana siempre está dispuesto ayudarlo	Los empleados de Humana siempre tienden a resolver sus solicitudes	Los reembolsos por gastos médicos son efectuados de acuerdo al tiempo que estipula el contrato
Totalmente en desacuerdo	3,14%	3,14%	0,00%	0,00%	3,14%
En desacuerdo	9,16%	3,14%	3,14%	3,14%	6,28%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9,16%	12,30%	3,14%	6,28%	9,42%
De acuerdo	47,12%	47,12%	53,14%	68,59%	40,58%
Totalmente de Acuerdo	31,41%	34,29%	40,58%	21,99%	40,58%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



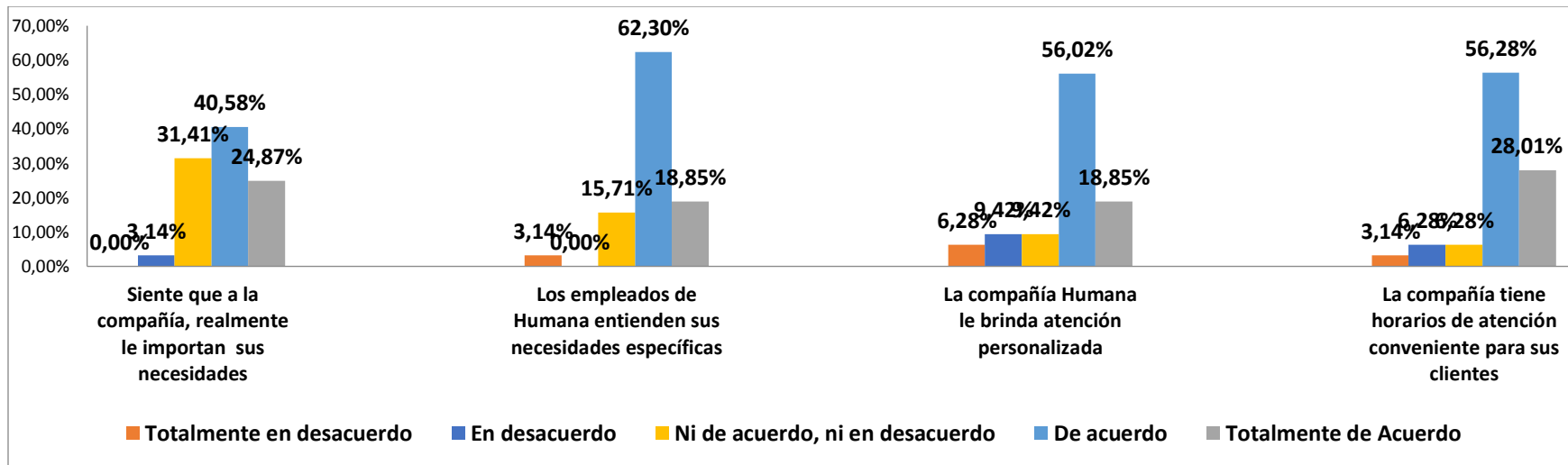
Apéndice F. Dimensión Elemento Seguridad

Opciones	Ud. se siente seguro durante la atención en las oficinas de Humana o en los puntos externos	Los empleados de Humana tienen el conocimiento necesario para responder a sus preguntas	Los empleados de Humana siempre se muestran cordiales	Se siente seguro de realizar transacciones con Humana
Totalmente en desacuerdo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
En desacuerdo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	15,71%	21,73%	6,28%	6,28%
De acuerdo	59,16%	46,86%	50,00%	52,88%
Totalmente de Acuerdo	25,13%	31,41%	43,72%	40,84%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



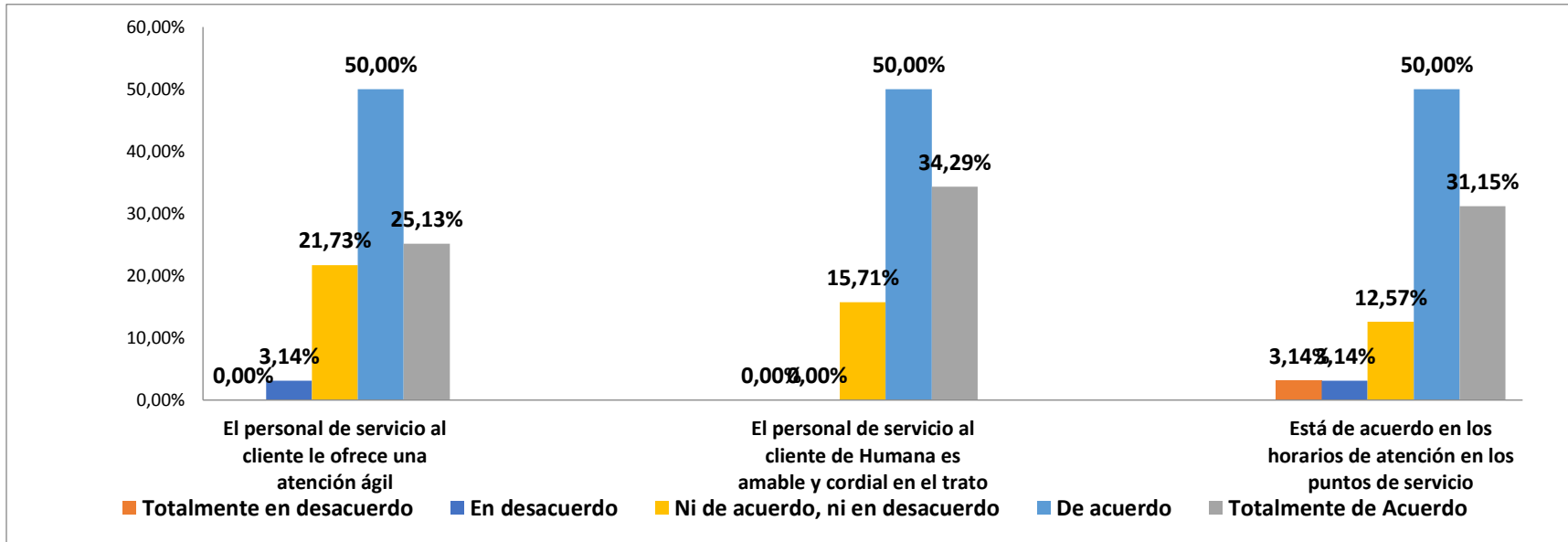
Apéndice G. Dimensión Elemento Empatía

Opciones	Siente que a la compañía, realmente le importan sus necesidades	Los empleados de Humana entienden sus necesidades específicas	La compañía Humana le brinda atención personalizada	La compañía tiene horarios de atención conveniente para sus clientes
Totalmente en desacuerdo	0,00%	3,14%	6,28%	3,14%
En desacuerdo	3,14%	0,00%	9,42%	6,28%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	31,41%	15,71%	9,42%	6,28%
De acuerdo	40,58%	62,30%	56,02%	56,28%
Totalmente de Acuerdo	24,87%	18,85%	18,85%	28,01%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



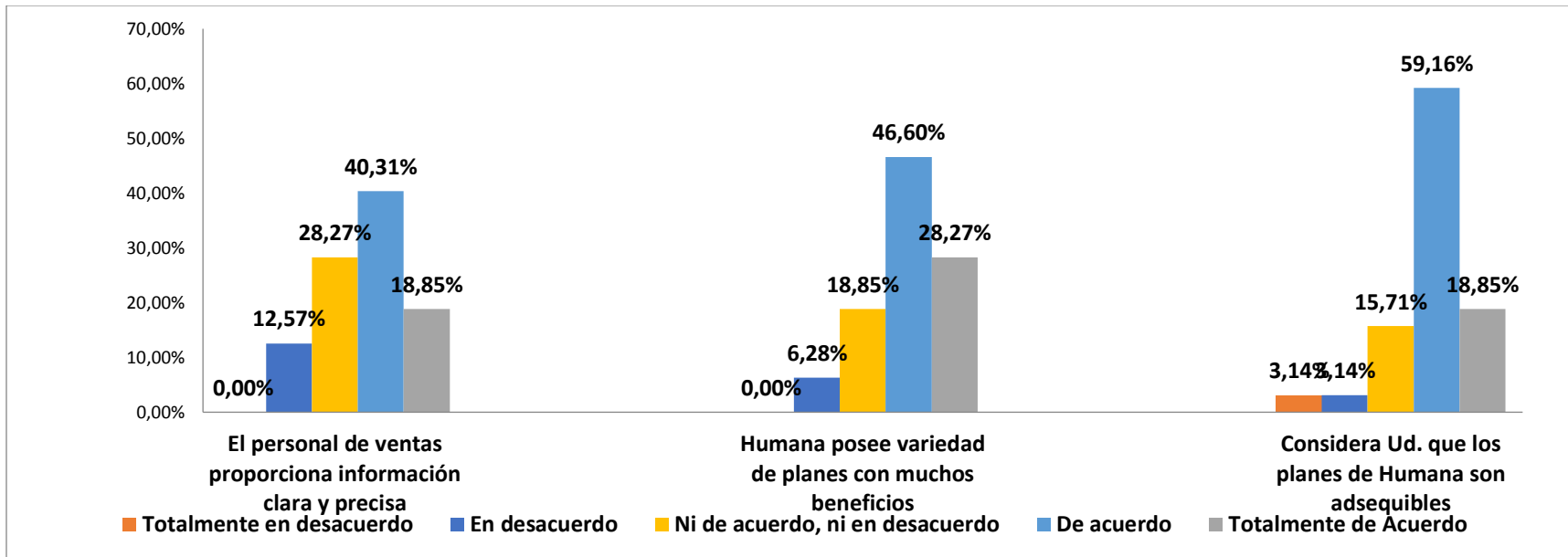
Apéndice H. Calidad Funcional Percibida

Opciones	El personal de servicio al cliente le ofrece una atención ágil	El personal de servicio al cliente de Humana es amable y cordial en el trato	Está de acuerdo en los horarios de atención en los puntos de servicio
Totalmente en desacuerdo	0,00%	0,00%	3,14%
En desacuerdo	3,14%	0,00%	3,14%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	21,73%	15,71%	12,57%
De acuerdo	50,00%	50,00%	50,00%
Totalmente de Acuerdo	25,13%	34,29%	31,15%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%



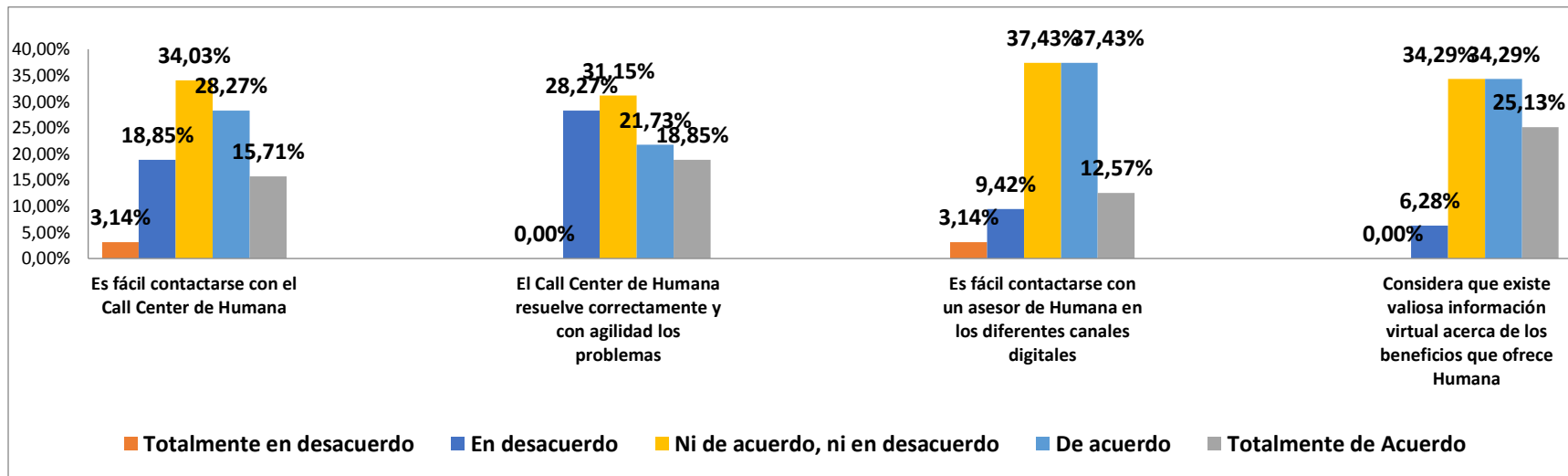
Apéndice I. Calidad Técnica Percibida (parte a)

Opciones	El personal de ventas proporciona información clara y precisa	Humana posee variedad de planes con muchos beneficios	Considera Ud. que los planes de Humana son adsequibles
Totalmente en desacuerdo	0,00%	0,00%	3,14%
En desacuerdo	12,57%	6,28%	3,14%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	28,27%	18,85%	15,71%
De acuerdo	40,31%	46,60%	59,16%
Totalmente de Acuerdo	18,85%	28,27%	18,85%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%



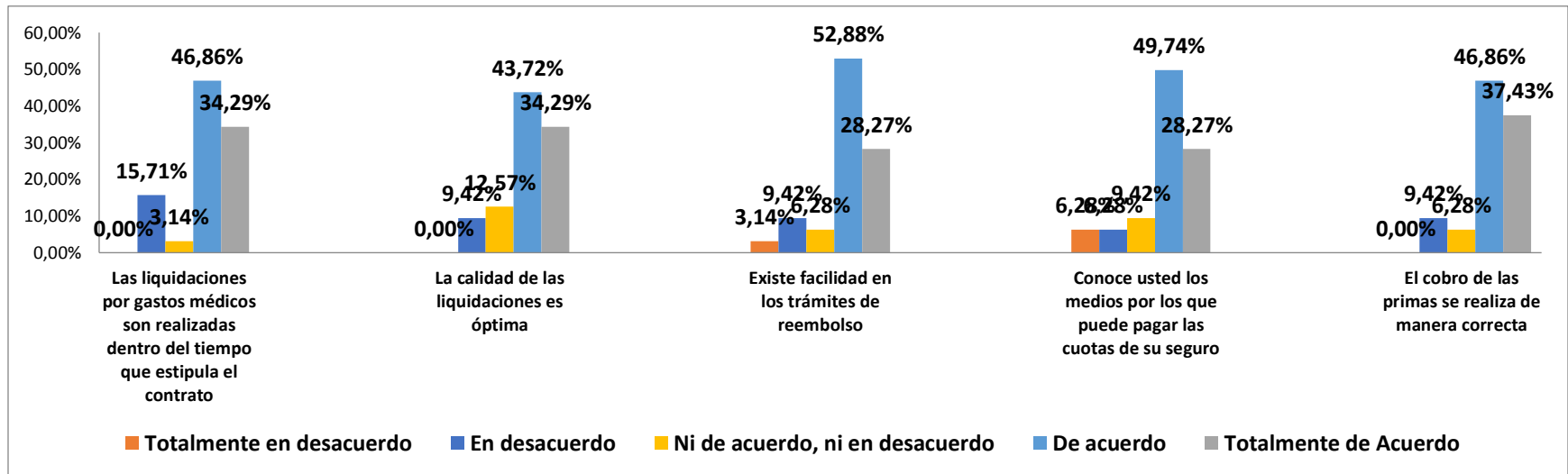
Apéndice J. Calidad Técnica Percibida (parte b)

Opciones	Es fácil contactarse con el Call Center de Humana	El Call Center de Humana resuelve correctamente y con agilidad los problemas	Es fácil contactarse con un asesor de Humana en los diferentes canales digitales	Considera que existe valiosa información virtual acerca de los beneficios que ofrece Humana
Totalmente en desacuerdo	3,14%	0,00%	3,14%	0,00%
En desacuerdo	18,85%	28,27%	9,42%	6,28%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	34,03%	31,15%	37,43%	34,29%
De acuerdo	28,27%	21,73%	37,43%	34,29%
Totalmente de Acuerdo	15,71%	18,85%	12,57%	25,13%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



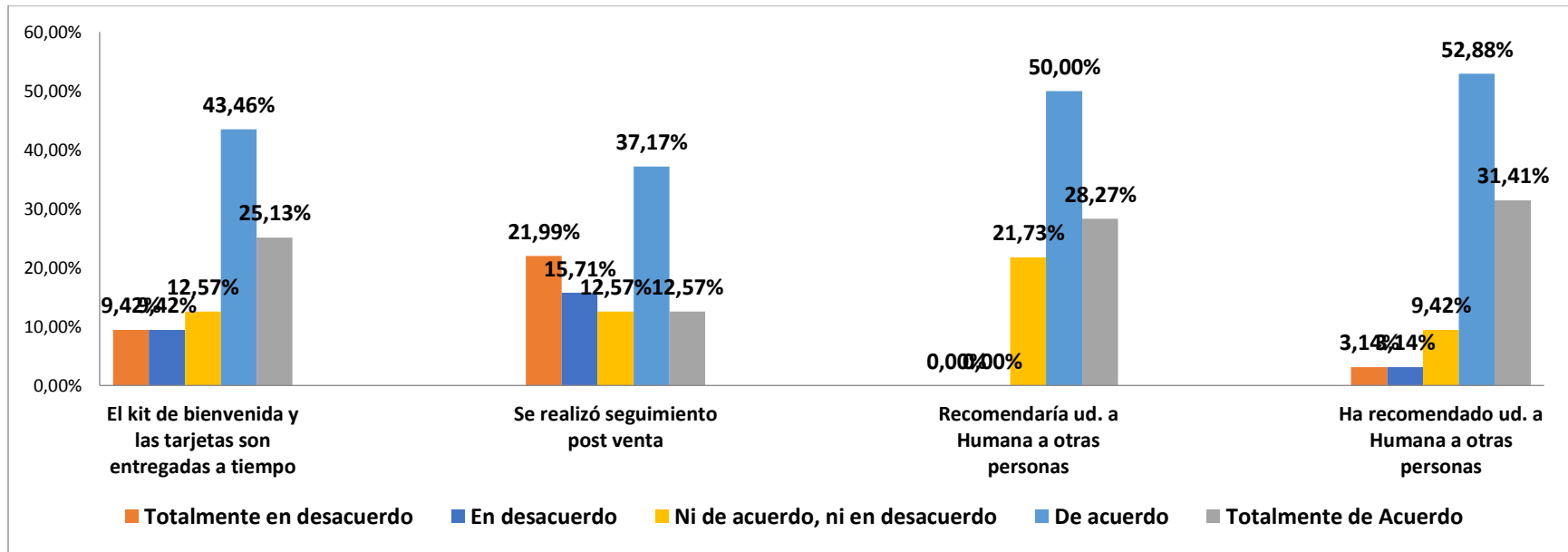
Apéndice K. Valor Percibido

Opciones	Las liquidaciones por gastos médicos son realizadas dentro del tiempo que estipula el contrato	La calidad de las liquidaciones es óptima	Existe facilidad en los trámites de reembolso	Conoce usted los medios por los que puede pagar las cuotas de su seguro	El cobro de las primas se realiza de manera correcta
Totalmente en desacuerdo	0,00%	0,00%	3,14%	6,28%	0,00%
En desacuerdo	15,71%	9,42%	9,42%	6,28%	9,42%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3,14%	12,57%	6,28%	9,42%	6,28%
De acuerdo	46,86%	43,72%	52,88%	49,74%	46,86%
Totalmente de Acuerdo	34,29%	34,29%	28,27%	28,27%	37,43%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



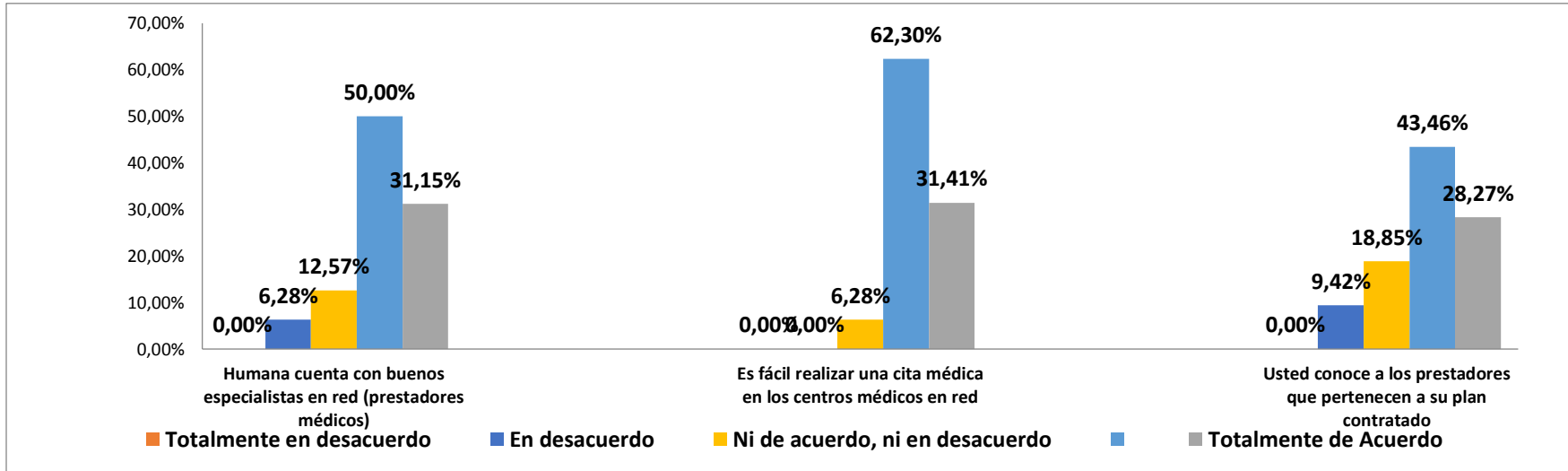
Apéndice L. Confianza

Opciones	El kit de bienvenida y las tarjetas son entregadas a tiempo	Se realizó seguimiento post venta	Recomendaría ud. a Humana a otras personas	Ha recomendado ud. a Humana a otras personas
Totalmente en desacuerdo	9,42%	21,99%	0,00%	3,14%
En desacuerdo	9,42%	15,71%	0,00%	3,14%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	12,57%	12,57%	21,73%	9,42%
De acuerdo	43,46%	37,17%	50,00%	52,88%
Totalmente de Acuerdo	25,13%	12,57%	28,27%	31,41%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



Apéndice M. Expectativas

Opciones	Humana cuenta con buenos especialistas en red (prestadores médicos)	Es fácil realizar una cita médica en los centros médicos en red	Usted conoce a los prestadores que pertenecen a su plan contratado
Totalmente en desacuerdo	0,00%	0,00%	0,00%
En desacuerdo	6,28%	0,00%	9,42%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	12,57%	6,28%	18,85%
De acuerdo	50,00%	62,30%	43,46%
Totalmente de Acuerdo	31,15%	31,41%	28,27%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, María Fernanda Kravarovich Granados, con C.C: # 0919756312 autora del trabajo de titulación: *Evaluación del grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil* 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: María Fernanda Kravarovich Granados
C.C: 0919756312

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación del grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Kravarovich Granados, María Fernanda		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zambrano Chumo, Laura Mendoza Villavicencio, Christian Ronny		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de noviembre de 2020	No. DE PÁGINAS:	142
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud y calidad		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Servicios, expectativas, satisfacción, calidad, asegurado		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Actualmente los términos de calidad y satisfacción, generan controversias en las investigaciones de los servicios que prestan las aseguradoras, ya que hacen mucho énfasis en la medición de las percepciones y las expectativas de los usuarios. Este estudio se desarrolló basándose en investigaciones de diferentes autores que hicieron posible que se puedan dimensionar las variables de estudio para establecer como objetivo evaluar el grado de satisfacción en relación a la calidad de servicios prestados por Humana S.A. en la ciudad de Guayaquil. La metodología aplicada fue de tipo descriptivo, no experimental, con un enfoque cuantitativo, desarrollada mediante una investigación de campo, aplicada a 382 asegurados. Los resultados que se obtuvieron en la encuesta, permitió conocer que existen problemas o debilidades con respecto a las liquidaciones, a los cobros, a la atención y a las ventas, lo que pone en evidencia las deficiencias debido al mal asesoramiento, a una atención poco personalizada y cordial. Cabe mencionar que también se evidenciaron problemas porque: existe dificultad para comunicarse con el Contact center, los horarios de atención restringidos en oficina y puntos externos, red de prestadores a nivel nacional limitada, trámites excesivos.</p> <p>Se concluye que los asegurados de Humana perciben como baja satisfacción los aspectos relacionados con la deficiencia en el servicio y el contacto con el cliente, la demora en los procesos administrativos, duplicidad de cobros de primas, los mismos que tendrán incidencia en la satisfacción del asegurado.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:+593-4-2403873 / 0984187072	E-mail: mkvarovich@gmail.com / mkvarovich@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-43804600 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			