

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**FACULTAD DE GESTIÓN Y ALTA DIRECCIÓN**



**“INTEGRACIÓN VERTICAL COMO MODELO DE NEGOCIO EN  
EMPRESAS DE SALUD PRIVADA EN EL PERÚ Y SU EFECTO EN  
LA CALIDAD DEL SERVICIO AL PACIENTE”**

**Tesis presentada para obtener el título profesional de Licenciado en Gestión, con  
mención en Gestión Empresarial presentada por:**

**BELTRÁN LOZANO, Cynthia Carolina**  
**SOTELO ZAVALA, Connie Lorena**

**Código: 20095635**  
**Código: 20095630**

**Asesorado por Mgtr. Hugo Carlos Wiener Fresco**

**Lima, 25 de enero del 2018**

La tesis

**INTEGRACIÓN VERTICAL COMO MODELO DE NEGOCIO EN EMPRESAS DE SALUD PRIVADA EN EL PERÚ Y SU EFECTO EN LA CALIDAD DEL SERVICIO AL PACIENTE**

ha sido aprobada

---

Presidente del Jurado

Mgtr. German Adolfo Velásquez Salazar

---

Asesor de la tesis

Mgtr. Hugo Carlos Wiener Fresco

---

Tercer Jurado

Mgtr. Juan Carlos Pasco Herrera

Dedico esta tesis a Dios, por permitir terminar mi carrera con éxito, por guiarme y protegerme a lo largo del camino; a mi papá, quien desde el cielo sé que está muy orgulloso; a mi mamá por su amor y total apoyo en diversos aspectos de mi vida; y a las personas especiales que siempre estuvieron para mí en el momento en que las necesité.

**Carolina Beltrán**

A mi madre, que ha sido mi apoyo constante a pesar de las adversidades, a mi padre y amigos, espero que pueda enorgullecerlos.

**Connie Sotelo**



Agradecemos de manera especial a nuestro asesor, Hugo Wiener, por su apoyo, comprensión y guía en todo el desarrollo de la presente tesis; a las personas pertenecientes a las entidades sujetos de estudio que nos permitieron ejecutar el trabajo de campo; a nuestras familias por su amor incondicional; a nuestros amigos y compañeros de trabajo, quienes supieron entendernos en todo este largo proceso de obtención del anhelado título universitario.



## TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I: SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	3
1. Planteamiento del Problema.....	3
2. Hipótesis de investigación.....	3
3. Preguntas de Investigación.....	3
4. Objetivos de la investigación .....	4
4.1. Objetivo General .....	4
4.2. Objetivos Específicos.....	4
5. Justificación .....	4
6. Viabilidad.....	5
7. Relevancia.....	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	7
1. Integración Vertical.....	7
1.1. Clasificación.....	8
1.2. Cadena de Valor .....	8
1.3. Integración Vertical versus Integración Horizontal.....	9
1.4. Costos de Transacción versus Costos de Gestión.....	10
1.5. Otros conceptos de teoría económica relacionados.....	11
2. El Sector Salud.....	13
2.1. Tendencias del sector salud global.....	13
2.2. Situación del sector salud en América Latina .....	15
3. Calidad de atención.....	32
3.1. Definición.....	32
3.2. Características de la atención al cliente.....	33
3.3. Cómo medir la calidad de atención al cliente.....	33
3.4. Dimensiones de la calidad.....	34
3.5. Modelos de Calidad.....	35
3.6. Teorías de la Calidad.....	39

3.7. Satisfacción del Usuario Paciente .....	40
4. Integración Vertical y su efecto en la calidad del servicio en empresas del Sector Salud Peruano.....	44
4.1. La Integración Vertical en el Sector Salud.....	44
4.2. Ventajas y Desventajas de la Integración Vertical en Servicios de Salud .....	48
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	52
1. Diseño de la Investigación .....	52
2. Alcance de la Investigación .....	53
3. Población y Selección de la Muestra .....	54
3.1. Población.....	54
3.2. Muestreo.....	55
3.3. Procesamiento de Recolección de Datos.....	55
4. Herramienta de la Investigación.....	56
4.1. Herramienta Cuantitativa: Método SERVQUAL .....	56
4.2. Confiabilidad del método .....	57
5. Limitaciones de la Investigación.....	58
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	59
1. Validación del Instrumento .....	63
1.1. Clínica CIV .....	63
1.2. Clínica SIV .....	64
2. Características de los Encuestados.....	65
2.1. Clínica CIV .....	65
2.2. Clínica SIV .....	67
3. Resultados del SERVQUAL.....	70
3.1. Clínica CIV .....	70
3.2. Clínica SIV .....	72
4. Comparación de Resultados del SERVQUAL en Ambas Clínicas.....	75
CAPITULO V: CONCLUSIONES.....	78

REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	86
ANEXO A:.....	86



## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Costes de Transacción vs Costos de Gestión .....	10
Tabla 2: Ventajas y Desventajas de la Integración Vertical.....	48
Tabla 3: Denominación de las Clínicas Estudiadas.....	59
Tabla 4: Relación de ítems, según orden en las secciones del SERVQUAL .....	60
Tabla 5: Agrupación de ítems, según la Dimensión SERVQUAL .....	62
Tabla 6: Alfa de Crombach – Clínica CIV .....	63
Tabla 7: Alfa de Cronbach – Clínica SIV .....	64
Tabla 8: Sexo de los Encuestados .....	65
Tabla 9: Encuestados según grupos de edad .....	65
Tabla 10: Nivel Educativo.....	66
Tabla 11: Condición de los Encuestados.....	66
Tabla 12: Tipo de Usuarios .....	66
Tabla 13: Seguro .....	67
Tabla 14: Sexo de los Encuestados .....	67
Tabla 15: Encuestados según grupos de edad .....	67
Tabla 16: Nivel Educativo.....	68
Tabla 17: Condición de los Encuestados.....	68
Tabla 18: Tipo de Usuarios .....	68
Tabla 19: Seguro .....	69
Tabla 20: Escala de Índices de Satisfacción de los Usuarios .....	70
Tabla 21: Resultados de SERVQUAL en Clínica CIV, según ítem.....	71
Tabla 22: Resultados de SERVQUAL en la Clínica CIV para cada una de las 5 Dimensiones ..	72
Tabla 23: Resultados de SERVQUAL en la Clínica SIV, según ítem .....	73
Tabla 24: Resultados de SERVQUAL en la Clínica SIV para cada una de las 5 Dimensiones..	74
Tabla 25: Comparación de Resultados SERVQUAL, según ítem .....	75
Tabla 26: Comparación de Resultados Generalizados en SERVQUAL, para las 5 Dimensiones .....	77

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de Salud en Chile .....	17
Figura 2: Sistema de Salud en Colombia .....	21
Figura 3: Sistema de Salud en Perú.....	24
Figura 4: Gasto en salud (% del PBI).....	29
Figura 5: Gasto en salud del sector público 2014 .....	30
Figura 6: Gasto en salud per cápita 2014 .....	30
Figura 7: Gasto en salud % del PBI -2014 .....	31
Figura 8: Cadena Vertical de Producción en Salud.....	46
Figura 9: Esquema de Seguro de Indemnización .....	47
Figura 10: Esquema de Seguro Prepagado.....	47
Figura 11 : Proceso de elaboración del informe.....	55
Figura 12 : Comparación de Resultados SERVQUAL, según las 5 Dimensiones.....	76



## RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis de investigación plantea determinar si el modelo de gestión empresarial conocido como Integración Vertical ha repercutido en la calidad del servicio al paciente en ciertas clínicas. En este estudio se ha considerado la teoría económica de la organización industrial aplicada a la gestión de empresas del sector salud. Se ha partido por revisar las experiencias en países de América Latina para analizar, a continuación, la situación del sector salud privado en el Perú, y la implicancia que tiene la aplicación del modelo de integración vertical en empresas pertenecientes a este sector.

El estudio compara el desempeño de dos clínicas privadas ubicadas en Lima Metropolitana, una de las cuales está integrada verticalmente y la otra no. Para ello, se estableció realizar una encuesta a pacientes y sus acompañantes de ambas clínicas pertenecientes al Segundo Nivel de Atención de Establecimientos de Salud; es decir, pertenecientes a la categoría II-2 según la Norma Técnica N°021 dada por el Ministerio de Salud.

La encuesta aplicada se basó en el SERVQUAL, que es una metodología aprobada por la Resolución Ministerial N° 527-2011/ MINSa, y formulada para medir la calidad a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud públicos. Luego de la aplicación de esta encuesta, se procesó la información obtenida mediante el uso del software estadístico SPSS.

Finalmente, como resultado del análisis en ambas clínicas, se exponen las conclusiones, estableciendo que la clínica sin integración vertical tiene mejor índice de satisfacción de calidad de servicio que la clínica integrada verticalmente. Sin embargo, los datos obtenidos de ambas clínicas arrojan un nivel de satisfacción elevado, con una diferencia muy poco significativa. Dado esto, se necesitará ampliar el número de clínicas a estudiar para poder tener un resultado más confiable.

## INTRODUCCIÓN

La investigación contenida en este documento tiene por finalidad determinar el impacto y la relación existente entre la integración vertical y la calidad del servicio que se brinda a los pacientes / usuarios de las clínicas seleccionadas para la investigación. Para ello se buscó identificar qué efecto tiene la integración vertical en la calidad del servicio que se brinda a los pacientes comparando dos clínicas, una de ellas integrada verticalmente y la otra no. Para el levantamiento de la información se aplicó una encuesta que utiliza la metodología SERVQUAL aprobada por el Ministerio de Salud y que mide la satisfacción del usuario en los servicios de salud. En esta encuesta se evalúa las expectativas y percepciones de los paciente/usuarios con respecto a los servicios de ambas clínicas. Cabe señalar que, debido a un acuerdo de confidencialidad con una de las clínicas y a la no obtención del permiso respectivo en la otra, no se revelará el nombre de ninguna de las clínicas sujetos de estudio.

Esta investigación nace, por un lado, del hecho que en los últimos años varias empresas del sector de salud privada han incrementado su inversión y se han integrado a través de fusiones o adquisiciones, impulsadas desde las compañías de seguros, buscando optimizar procesos y elevar sus beneficios económicos. Por otro lado, debido a la existencia de una deficiente calidad en el servicio brindado por el sector público, se ha dado un aumento de la demanda de atención en establecimientos de salud privados, lo cual refleja la exigencia de los pacientes por un servicio de calidad, y es reforzado por la preocupación del Ministerio de Salud por un Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

En ese sentido, la presente tesis está dividida en cinco partes y culmina con un apartado adicional que contiene las referencias utilizadas para llevar a cabo la investigación.

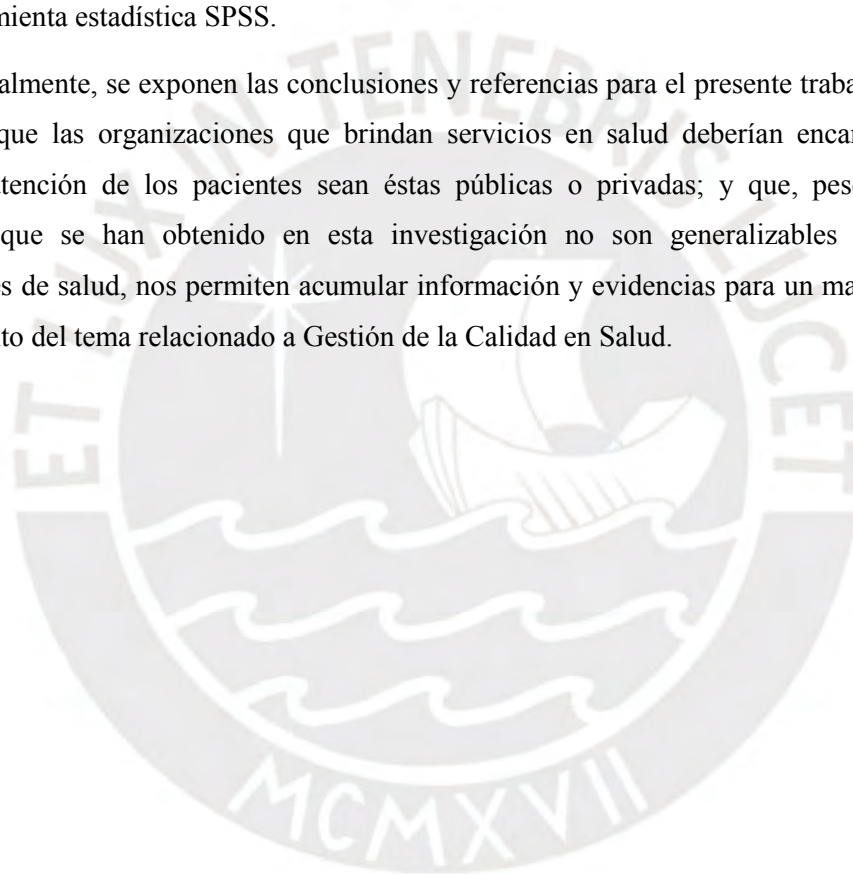
En el primer capítulo se presenta fundamentalmente el tema de investigación, se plantea el problema, se menciona la hipótesis, se presentan los objetivos tanto generales como específicos, se describe la justificación, relevancia y viabilidad del tema.

El segundo capítulo comprende el Marco Teórico, el cual se encuentra dividido en cuatro partes. En la primera parte se revisan las explicaciones teóricas acerca de la integración vertical y otros conceptos relacionados, los mismos que son sostenidos por fuentes y referencias bibliográficas, de modo que se pueda desarrollar una base teórica consistente en la investigación. En la segunda parte, se presenta el contexto de la investigación, y comprende al sector salud en América Latina, analizando similares experiencias internacionales en Chile y Colombia, países en los cuales se ha registrado también esta dinámica empresarial de integración vertical en servicios del sector salud, para luego analizar la situación en Perú, centrándose en la provisión de servicios desde el sector privado. En la tercera parte, se hace

mención a temas concernientes a la gestión de la calidad en empresas de servicios del sector salud. Finalmente, se entrelazan todos los temas anteriormente tratados, detallando el efecto que tiene la integración vertical en la calidad de prestación de servicios al paciente.

En el tercer capítulo se expone la metodología utilizada en la presente investigación, las características de la muestra, así como el instrumento de captura de datos y la herramienta de procesamiento. A continuación, en el cuarto capítulo, se analizan todos los datos extraídos del levantamiento de información con la herramienta SERVQUAL y se presenta un informe de resultados en el que, mediante el uso de estadísticos descriptivos y correlacionales, se procede a la validación de la hipótesis de investigación; y se introducen y obtienen los resultados a través de la herramienta estadística SPSS.

Finalmente, se exponen las conclusiones y referencias para el presente trabajo, teniendo en cuenta que las organizaciones que brindan servicios en salud deberían encargarse de la adecuada atención de los pacientes sean éstas públicas o privadas; y que, pese a que los resultados que se han obtenido en esta investigación no son generalizables a todas las instituciones de salud, nos permiten acumular información y evidencias para un mayor y mejor conocimiento del tema relacionado a Gestión de la Calidad en Salud.



# CAPITULO I: SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

## 1. Planteamiento del Problema

La teoría económica de la integración vertical tiene como objetivo fundamental disminuir los costos, asegurar el abastecimiento de insumos y partes o servicios especializados, y, en definitiva, la maximización de beneficios para la empresa. Debido a los significativos beneficios, este modelo de negocio ha ido extendiéndose en diversos mercados empresariales y ha sido adoptado por grandes grupos empresariales en el mercado limeño. Uno de los sectores en los cuales hemos detectado la tendencia a la integración vertical es el sector salud.

Desde el año 2011, empresas del sector de salud privada se han integrado verticalmente, en su mayoría impulsadas por los beneficios económicos de dicha integración y favorecida por tercerización de servicios que atendía el Estado.

Tal parece que la integración vertical como modelo de negocio es ideal para las empresas; sin embargo, no se ha reunido evidencia que permita saber cómo esta integración impacta en la calidad del servicio al paciente o si el beneficio que se obtiene es garantizado o no para la totalidad de la empresa en cuestión.

A esto se suma el hecho de que en el sector de salud privada en el Perú no se tiene información exacta disponible al público en general sobre la satisfacción de los pacientes en cuanto al servicio.

## 2. Hipótesis de investigación

La hipótesis planteada es la siguiente: el efecto de la integración vertical en las clínicas sujetos de estudio es la pérdida de la calidad en el servicio al paciente de la clínica que emplea como modelo de negocio este tipo de integración.

## 3. Preguntas de Investigación

Se formularon las siguientes preguntas clave para el desarrollo de la presente investigación:

1. ¿La herramienta seleccionada para evaluar la satisfacción es válida y adecuada para medir la calidad del servicio en el sector salud?
2. ¿Cuál es el impacto de la integración vertical en la calidad del servicio brindado por las clínicas medido desde la satisfacción?
3. ¿Qué clínica presentó mejores resultados, la integrada o la no integrada?
4. ¿La relación identificada entre integración vertical y calidad del servicio es concluyente?

## **4. Objetivos de la investigación**

### **4.1. Objetivo General**

Determinar y analizar el impacto de la integración vertical en la calidad del servicio brindado en dos establecimientos de salud privada en Lima Metropolitana. Para llegar a este objetivo se aplica una herramienta propuesta por el MINSA para la medición de la calidad del servicio brindado a través de la evaluación de la satisfacción de los pacientes o acompañantes. Luego, se compararan los resultados y se define el impacto o relación de la integración vertical; y se analiza si este modelo de gestión influye de manera positiva o negativa en la calidad de servicio brindado a los pacientes.

### **4.2. Objetivos Específicos**

Para lograr el objetivo general planteado anteriormente, se han definido objetivos específicos relacionados al estudio:

- Determinar si la herramienta de medición de calidad a utilizarse es válida y confiable.
- Identificar clínicas específicas en las que se pueda aplicar la herramienta tanto integradas verticalmente como no integradas. Estas clínicas deben cumplir con los requisitos pertinentes, en caso la herramienta definida lo requiera, y deben ser comparables a pesar de seguir un modelo de negocio distinto.
- Establecer el impacto y relación de los resultados entre el modelo de negocio y las clínicas seleccionadas.
- Determinar si las cinco dimensiones de calidad de servicio definida bajo la encuesta SERVQUAL explican la calidad del servicio en las clínicas sujetos de estudio.

## **5. Justificación**

La presente investigación tiene como base la teoría económica de la integración vertical y los lineamientos que la componen, aplicada al sector de salud privada en Lima y los cuestionamientos sobre la existencia de un impacto negativo de esta teoría en la calidad que perciben los pacientes, usuarios del servicio.

Este estudio servirá como herramienta para el inicio de futuras investigaciones sobre la ejecución de dicha teoría económica en los grandes grupos económicos que se desarrollan en el mercado peruano de la salud, tanto del sector salud como de otros sectores. Ello, debido a que no sólo pretende establecer el comparativo entre clínicas, sino que los resultados dejarán conocer las preferencias del usuario respecto de la calidad del servicio, sus expectativas y percepciones. Además de reconocer el impacto positivo o negativo entre la integración vertical y la calidad de servicio.

Esta investigación tuvo como punto de partida la tendencia de las empresas de salud a integrarse verticalmente, generando el cuestionamiento de si existía algún impacto en la calidad del servicio. Sobre todo, considerando que el concepto de calidad en una empresa proveedora de servicios es más complejo y subjetivo que el de las empresas proveedoras de bienes. En ese sentido, los autores Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) consideraron que una gestión más eficiente de este tipo de servicio requiere comprender los aspectos que son valorados por los pacientes respecto del concepto de calidad, debido a que a partir de ese entendimiento, se podrá realizar una adecuada administración de la calidad.

## **6. Viabilidad**

La viabilidad de la presente investigación se basó en fuentes académicas que definieron la teoría económica en la que se basa el estudio, las definiciones de los conceptos de calidad que enmarcan la presente tesis y los casos documentados sobre el sector salud privada, la herramienta a usarse y además, se basó en la obtención de permisos por parte de las clínicas para poder efectuar entrevistas y realizar encuestas dentro de sus instalaciones. Este último punto representó la parte más retadora de la investigación, debido al poco acceso que proporcionan las clínicas a la información.

## **7. Relevancia**

La relevancia de esta investigación se basa en el cumplimiento de los estándares de calidad demandados por los usuarios de un servicio al adoptar la integración vertical como modelo de negocio. Es importante, que de la mano con objetivos lucrativos, que se pretenden mejorar al adoptar la integración vertical, se establezcan objetivos de calidad de servicio, ya que el público tiene expectativas y exigencias cada vez mayores; y, además, buscan un servicio de calidad a un precio razonable.

Asimismo, este estudio es relevante debido a que si bien es cierto, se sabe que lo que no se mide, no se controla ni se mejora, es importante realizar un análisis que revele qué nivel de satisfacción tienen los pacientes tanto de la clínica integrada verticalmente como de la no integrada verticalmente, y se verifique la validez y confiabilidad de su aplicación en el sector salud privada en el Perú

Por otro lado, la presente tesis cumple con un deseo de aportar al enfoque de las ciencias de la gestión, al cuestionar un modelo de negocio que se presenta bastante atractivo para las empresas pero que tal vez no sea tan beneficioso para los pacientes. De igual manera, cumple con proporcionar información valiosa a los responsables de Gestión de Calidad de las clínicas estudiadas, de modo que dicha información pueda servir de base para mejorar la

satisfacción de los pacientes y se enfoquen esfuerzos en aquellas características que se encuentran dentro de las cinco dimensiones propuestas en la metodología SERVQUAL, de manera que la satisfacción de los pacientes incremente y la clínica logre una ventaja competitiva mayor.



## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

El presente capítulo contiene cuatro grandes bloques. El primero de ellos define a una de las variables clave para la presente investigación, la Integración Vertical; asimismo, describe otros conceptos de teoría económica relacionados. El segundo bloque describe las tendencias del sector salud a nivel mundial, la situación actual del sector salud en América Latina, para luego examinar de manera más específica la situación de este sector en el Perú, enfocándose en el sector privado de salud de nuestro país, Perú. En el tercer bloque se expone la definición, las características, dimensiones, etc. de la calidad de atención. Y, finalmente, se analiza el efecto de la integración vertical en empresas del sector salud peruano.

### 1. Integración Vertical

El concepto que se tiene de la integración vertical es que un modo de control en una industria, en la cual dos o más eslabones de una cadena productiva y/o servicios relacionados, se unen en una misma unidad corporativa (Gil & Camacho, 1999). Lo que quiere decir que actividades diferentes pero complementarias de un sector pueden agruparse y ser manejadas en una misma organización. Con esto, se pretende lograr una producción de bienes o servicios donde se utilice cada vez menos recursos en una misma empresa, los mismos que habían estado siendo producidos en empresas diferentes pero con mayores costos (Tamayo & Piñero, 2007).

De acuerdo a diversos autores, se han establecido algunos indicadores para medir el grado de concentración en las industrias pero no uno equivalente respecto del grado de integración y cómo este puede influir en la competitividad de la empresa y de la industria; por ende, las decisiones que tomen los representantes de las organizaciones con respecto a temas de integración, incluyendo las de si producir o tercerizar bienes o servicios, sentarán las bases de las relaciones que establezcan con sus stakeholders (Gil & Camacho, 1999).

Hoy en día, las empresas deben centrar sus esfuerzos en elementos o actividades claves que les permitan diferenciarse de las demás, deben analizar toda su cadena de producción e identificar las actividades o procesos que le aporten mayor valor a su producto o servicio; y en sí, a su propia organización. De este modo podrán identificar también las actividades que menos contribuyen en la cadena, de manera que puedan tercerizarlas, lo que significa que deberán contratar a otra organización para que realice dichas actividades o les brinde los productos que necesitan para llevar a cabo de forma correcta y sin percances el proceso de producción de bienes o servicios, según corresponda.

## **1.1. Clasificación**

Se puede distinguir fácilmente dos tipos de Integración Vertical, los cuales no son excluyentes y pueden llegar a fusionarse. Ello va a depender de diversos factores como: clases de bienes o servicios ofrecidos, características de las empresas competidoras y la cantidad de recursos que se necesiten para producir los bienes o servicios que se ofrezcan (Tamayo & Piñero, 2007).

### ***1.1.1. Integración Vertical hacia atrás***

Se refiere a la inserción de operaciones que están dentro de la primera etapa de la cadena de producción de un bien o servicio; y que son desarrolladas por empresas que pueden proveer bienes o servicios previos a los que son ofrecidos por la empresa sujeto de estudio o que posee la actividad principal. Este tipo de integración se refiere a que las organizaciones implicadas están integrándose en dirección al cliente final de la cadena, o sea, desde adelante hacia atrás o, lo que es igual, de arriba hacia abajo. Con todo ello, se puede apreciar que este tipo de integración maximiza el control sobre las empresas proveedoras, y en muchos casos se da la adopción de las mismas, ya que implica la obtención de beneficios referidos a menores costos de producción o de transacción (Tamayo & Piñero, 2007).

### ***1.1.2. Integración Vertical hacia delante***

Se refiere a la inserción de operaciones que están dentro de la última etapa de la cadena de producción de un bien o servicio y son impulsadas por empresas que tienen generalmente un contacto más directo con los consumidores finales del bien o servicio. Este tipo de integración se refiere a que las organizaciones implicadas están integrándose en dirección contraria al cliente final de la cadena, o sea, desde atrás hacia adelante o, lo que es igual, de abajo hacia arriba. Asimismo, se puede decir que, bajo este tipo de integración se puede conocer de forma cercana las preferencias y necesidades de los clientes, de modo que esta información sirva a las empresas a identificar y elaborar estrategias en torno a su valor agregado (Tamayo & Piñero, 2007).

## **1.2. Cadena de Valor**

La cadena de valor, según Michael Porter en su libro “Competitive Advantage” (1985 citado en Alonso 2008), es un instrumento analítico utilizado para la planeación estratégica de las empresas, de manera que hace más fácil el reconocimiento de sus ventajas competitivas.

Como se sabe, una cadena de valor perteneciente a una organización industrial es diferente a la perteneciente a una de servicios. Para comprender esto detalladamente, debemos recordar la definición de la palabra “producto”: “Cualquier cosa que se puede ofrecer a un

mercado para su atención, adquisición, uso o consumo y que podría satisfacer un deseo o una necesidad” (Kotler y Armstrong, 2007, p. 237); así también, debemos tener presente el concepto de la palabra “servicio”, que es el siguiente: “Cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra y que es básicamente intangible y que no tiene como resultado la propiedad de algo” (Kotler y Armstrong, 2007, p. 237).

Con lo mencionado anteriormente, se puede decir que, si bien es cierto, la cadena de valor para una empresa de servicios contiene la misma división de categorías que una organización industrial, los elementos pertenecientes a estas categorías; es decir, los elementos que están en los eslabones primarios como en los eslabones de apoyo, difieren entre sí. Los eslabones primarios se clasifican en controlables y no controlables; el primero de ellos está conformado por Marketing y ventas, Personal de contacto, Soporte Físico y Habilidades, y Prestación; mientras que los no controlables los forman el cliente y otros clientes. Por otro lado, los eslabones de apoyo se encuentran conformados por la Dirección General y de Recursos Humanos, Organización Interna y Tecnología, Infraestructura y Ambiente, y Abastecimiento. Cabe mencionar que el Margen de Servicio es el que emerge de todos los eslabones; es decir, es lo resulta de la mezcla de todos los eslabones, es lo que hace que el servicio sea único e inigualable a otros, de modo que la organización brinda una experiencia sin igual al cliente y lo hace fiel (Alonso, 2008).

### **1.3. Integración Vertical versus Integración Horizontal**

La distinción que existe entre estos tipos de integración es que la integración vertical agrupa organizaciones que desarrollan diversas actividades o procesos a lo largo de la cadena de producción; es decir, incluye firmas que ofrecen productos o servicios diferentes y se complementan. Mientras que la integración horizontal abarca organizaciones que ofrecen los mismos bienes o servicios; en otras palabras, está conformada por empresas que compiten entre sí (Tamayo & Piñero, 2007).

La integración horizontal puede darse de diferentes formas, por ejemplo, mediante adquisiciones o fusiones de empresas, acuerdos estratégicos, etc. Todo ello debido a que, al tener mayor posicionamiento, lo que se buscará es tener mayores beneficios económicos siendo más competitivos.

#### 1.4. Costos de Transacción versus Costos de Gestión

En lo que se refiere a la decisión de representantes de la empresa de producir o no los bienes o servicios por cuenta propia, se debe tener en cuenta dos clases de costos. Estos son los siguientes: los costos de transacción y costos de gestión, los mismos que pasaremos a describir a continuación.

Los costos de transacción según Rodríguez (2011), en su artículo titulado “La firma y los costos de transacción”, representan costos indispensables para la creación y operación de instituciones y asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos en lo que se refiere a transferir bienes o servicios. Mientras que los costos de gestión están relacionados con los costos referidos al control de costos en sí.

Como se mencionó anteriormente, se debe tener en cuenta estos costos para que se decida si la organización se va a integrar de manera vertical o no. Para lo cual, la lógica es que si la empresa opta por la integración vertical, sus costos de utilizar el mercado, o sea los de transacción, deben ser mayores a los costos de efectuar la labor dentro de ella (Gil & Camacho, 1999). De esta afirmación se puede decir lo siguiente:

En primer lugar, Gil y Camacho señalan que “cuando los costos de transacción son altos, la transacción se llevará a cabo dentro de la empresa si los costos de gestión son bajos; sin embargo, si los costos de gestión son altos no se llevará a cabo ninguna transacción” (Gil & Camacho, 1999, p. 7). Asimismo, los mismos autores mencionan que:

Cuando los costos de transacción son bajos nos encontramos ante dos alternativas: la transacción se llevará a cabo a través del mercado si los costos de gestión son altos. Por el contrario, la transacción puede llevarse a cabo dentro la empresa o en el mercado si los costos de gestión son bajos (Gil & Camacho, 1999, p. 8).

El siguiente cuadro resume todo lo mencionado anteriormente:

**Tabla 1: Costes de Transacción vs Costos de Gestión**

<b>Costos de Transacción</b>	<i>Altos</i>	Empresa	-----
	<i>Bajos</i>	Empresa/mercado	Mercado
		<i>Bajos</i>	<i>Altos</i>
		<b>Costos de Gestión</b>	

Fuente: Gil & Camacho (1999)

Con todos los conceptos que se han dado a conocer en estas líneas, los encargados de las empresas toman decisiones sobre si integrarse o no, y la clase de integración que van a adoptar sus organizaciones. Obviamente, lo expuesto en el presente trabajo, específicamente en los párrafos anteriores, es referencial y da a entender de manera general ciertas definiciones que los lectores deben conocer, a modo de repaso para que posteriormente puedan contextualizar mejor y hacer una mayor conexión con el tema en sí y sector en cuestión.

## **1.5. Otros conceptos de teoría económica relacionados**

### ***1.5.1. Teoría de la Agencia***

Se habla de “una relación de agencia siempre que hay una relación en la que el bienestar de una persona depende de lo que haga otra. El agente es la persona que actúa y el principal es la persona a la que afecta la acción” (Pindyck & Rubinfeld, 2009, pp. 729-730). Sin embargo, si bien tanto el agente como el principal poseen diferentes objetivos e intereses, éstos deben estar siempre alineados, de modo que no generen inconvenientes como el conocido problema del principal y el agente, el cual básicamente se centra en que se origina un conflicto cuando el agente superpone y busca su propio anhelo en reemplazo del anhelo del principal.

“El trabajo realizado por el agente no siempre es observable por el principal” (Marín, 2012, p. 66); es decir, el principal no puede estar pendiente todo el tiempo del agente para controlar si cumple con lo que se le pide o no, o si hace lo referido a lo que se le contrató o no. Por ende, esta falta de conocimiento que es en sí falta de información o asimetría informativa, hace que se generen fallos de mercado. En las siguientes líneas se explicará con un poco más de detalle a lo que se hace referencia en este párrafo, de modo que estos conceptos de teoría económica puedan entenderse y relacionarse

### ***1.5.2. Información Asimétrica***

Se dice que hay asimetría de información cuando algunas personas saben o tienen mayor información frente a otras; es decir, se encuentran en una “situación en la que un comprador y un vendedor tienen información diferente sobre una transacción” (Pindyck & Rubinfeld, 2009, p. 714). En ciertos casos las personas que tienen más información pueden sacar ventaja de su posición, lo cual en sí genera dos fallos de mercado que se describen a continuación:

### ***a. Selección Adversa***

La selección adversa se da cuando una de las partes tiene incentivos para ocultar información que le sería útil a la otra en la negociación de un contrato. Esta intentará prevenirse del error imponiendo condiciones más duras las que ahuyentan a los mejores no así a los peores que terminan siendo seleccionados

### ***b. Riesgo Moral***

El riesgo moral surge por la dificultad de comprobar la realización de los términos acordados en el contrato por una de las partes. Se puede ver un cambio de comportamiento en la persona que contrata. Esta situación se presenta cuando las acciones tomadas para reducir el costo de los malos resultados se tornan poco eficaces por una modificación en las condiciones previstas originalmente resultado de un cambio en el comportamiento de los agentes participantes.

Existen dos clases de riesgo moral y son los siguientes: ex ante y ex post. El primero de ellos se refiere a la decisión del individuo de ampliar los riesgos a los que está expuesto una vez que ha adoptado el acuerdo y trasladado a un tercero parte de los posibles perjuicios que pudieran presentarse; mientras que el segundo se refiere a la decisión del individuo de adoptar comportamientos que nunca hubiera asumido hasta el momento en que un acuerdo le permite trasladar a la otra parte los eventuales riesgos y perjuicios. Ante este último, el autor Pauly (1968) afirma que este comportamiento es ineficiente, ya que el beneficio que se crea es superior al costo, lo que significaría una pérdida para la sociedad, ya que los demás terminarían pagando por el riesgo que el individuo estaría tomando.

### ***1.5.3. Economía de Escala***

Se refiere a que las empresas para ser más competitivas deben reducir los costos que generan a medida que aumenta su producción. Esto les permite ofrecer a los consumidores o clientes un producto o servicio con menor precio, aumentando las ganancias en sus organizaciones.

## 2. El Sector Salud

### 2.1. Tendencias del sector salud global

Un sistema de salud global está compuesto por gobierno, instituciones prestadoras de salud, aseguradoras, etc. sean estas organizaciones pertenecientes al sector público o privado, las cuales tienen como principal objetivo realizar actividades para mejorar la salud. Asimismo, este sistema tiene las siguientes funciones esenciales: provisión de servicios, generación de recursos, financiación y gestión (OMS, 2017). Por consiguiente, todas las organizaciones mencionadas deberían acatar estas condiciones, viendo también la manera de encontrar un punto de equilibrio en el cual se satisfaga la demanda de servicios de salud, reduciendo sus costos.

De acuerdo con un informe de Deloitte (2015) sobre las tendencias para el sector salud, se tiene que existen cuatro tendencias que lo impactarán y que se exponen a continuación:

#### 2.1.1. Costos

Representa el mayor problema que afrontan los países, ya que las organizaciones deberán tener en cuenta el operar de manera más eficiente, reducir sus costos unitarios, e identificar formas de optimizar el valor de sus recursos limitados.

Con respecto a este apartado, se debe tener en cuenta tres temas primordiales:

*a. Desfragmentación del sector*, que consiste en la formación de grandes sistemas de salud en donde se comparta el riesgo, la innovación y la colaboración aprovechando las economías de escala.

Por otro lado, la industria de la Salud es una de las industrias más grandes del mundo, con cerca del 10% del PBI mundial (Deloitte, 2015). Sin embargo, las difíciles condiciones económicas hacen que sea difícil para los gobiernos en el mundo, dedicar un mayor porcentaje de fondos para invertirlos en salud.

*b. La gestión de salud para la población*, donde se deberá abordar la curva de costos con estrategias innovadoras para que se dé una gestión de salud para la población satisfaciendo sus necesidades. Tanto el sector público como privado deberán pasar de un sistema de incentivos financieros a uno de prevención, mantenimiento y optimización de resultados.

Actualmente, se está expandiendo la cobertura universal (acceso) a los sistemas de salud en distintos países. Asimismo, los pacientes de hoy están exigiendo mayores cuidados en salud, obligando así a los actores del sector a invertir en instalaciones nuevas y de mejor calidad.

*c. Entrega de cuidados médicos efectivos, eficientes y equitativos*, mejorando los niveles de calidad, bajando los costos unitarios, e identificando maneras de optimizar el valor de los recursos limitados.

### ***2.1.2. Adaptación a las fuerzas del mercado***

La transformación del mercado de salud está impulsando a los interesados a reconsiderar modelos de negocio tradicionales, redefinir las propuestas de valor, innovar a través de nuevos productos y servicios, etc.

### ***2.1.3. Transformación e innovación digital***

Los proveedores, los planes de salud, los gobiernos, las empresas, y los consumidores deben fomentar una cultura fuerte de innovación.

### ***2.1.4. Regulaciones y cumplimiento***

Las regulaciones y marco legal exigen el cumplimiento constante de ciertas normas en el mercado de salud que dependerá del contexto en donde se encuentre.

En resumen, se deberá tener cuenta estas tendencias para que los países logren importantes progresos en temas de salud; ya que hoy por hoy los pacientes están más y mejor informados, están más comprometidos con la prevención de enfermedades y son más juiciosos a la hora de tomar decisiones con respecto a su salud. También tienen mayores expectativas frente a los servicios y productos que reciben; por ende, están exigiendo mayores cuidados en salud.

## 2.2. Situación del sector salud en América Latina

Los países que se encuentran en América Latina son parecidos entre sí en cuanto a su gente, sus costumbres, sus culturas, etc.; incluso a lo que se refiere a temas de salud. Así pues, José Luis Novoa, director de programas de la Fundación Gabriel García Márquez para un Nuevo Periodismo Iberoamericano (FNPI), en una entrevista que da al diario Gestión, señala lo siguiente:

Si bien Latinoamérica es como una gran familia que comparte bastante historia, no deja de ser una genealogía de primos lejanos. Es decir, la realidad que sufre (o disfruta) cada territorio particular es diferente, y no podemos plantear una receta que solucione el caso de un país y pretender que funcione en otro (Gestión, 2017)

Con ello nos quiere dar a entender que si bien es cierto los países de Latinoamérica tienen características comunes, no necesariamente la solución va a ser la misma para todos, sino que va a depender de las peculiaridades de cada país. Asimismo, se deberá tener en cuenta que:

Los sistemas de salud de la región pueden establecerse en cuatro grupos según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas de salud (Giedion, Villar & Ávila, 2010, p. 19)

De todos los países que conforman América Latina, en lo que se refiere a su grado de fragmentación, se puede decir que gran parte de ellos tienen sistemas de salud segmentados por grupos poblacionales como lo son: Chile, Colombia y Perú; mientras que un pequeño porcentaje tiene sistemas de salud integrados, dentro de los cuales se encuentran: Brasil, Costa Rica, Uruguay, etc. Los países que tienen sistemas integrados ofrecen servicios de salud para toda la población, sin importar su estatus social o económico; a diferencia de los países que tienen sistemas segmentados, en los cuales la población más pobre generalmente no tiene un seguro que los cubra y se valen de las instituciones de salud que el Estado financia. Bajo este último sistema de salud, las personas que tienen posibilidades de pagar y que están inconformes con la calidad del servicio del sector público, incluyendo la seguridad social, tienen acceso a servicios de salud por parte del sector privado (Giedion, Villar & Ávila, 2010).

Por otro lado, en cuanto a la participación del sector privado en los sistemas de salud, se pueden dividir en dos tipos: los países en donde el sector privado sí participa activamente en la prestación de servicios o aseguramiento; y, los países en los cuales el sector privado no participa de manera activa.

A continuación se presenta una tabla, en la cual se muestran los países de Latinoamérica de acuerdo a la clasificación mencionada en líneas anteriores:

**Tabla 2: Clasificación de los sistemas de salud según segmentación y participación del sector privado**

		Integración Sistemas	
		Integrado	Segmentado
Participación del sector privado en prestación (p) o aseguramiento (a)	Sí	Brasil (p), Uruguay (p,a; SNIS)	Chile (a,p), Colombia (a,p), Perú (a), Argentina (a), Nicaragua (a,p), Paraguay (a,p)
	No	Antigua y Barbuda, Barbados, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kits y Nevis, Saint Vincent y Grenadines, Trinidad y Tobago.	México, Ecuador, Bahamas, Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Saint Lucía, Surinam, Venezuela.

Fuente: Giedion, Villar & Ávila (2001)

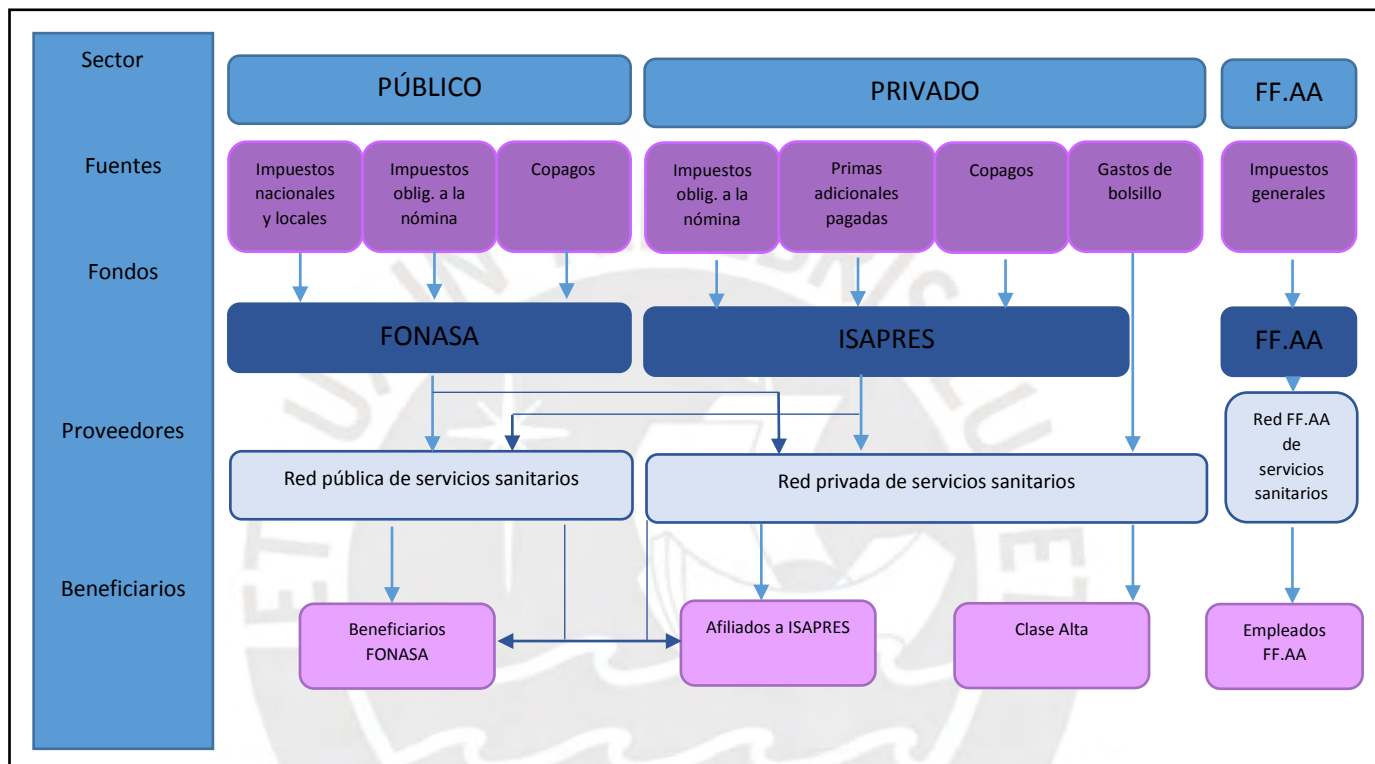
Como se puede apreciar en la tabla mostrada, nuestro país, Perú, se encuentra en la clasificación de país segmentado con participación activa de sector privado al igual que Chile y Colombia, países con los cuales se tiene una mayor similitud en diversos aspectos. Por ello, en los párrafos posteriores se analizarán cada uno de estos países de manera más profunda específicamente en temas de salud y la situación de este sector.

### 2.2.1. Chile

Con respecto al sistema de salud chileno, se puede decir que tiene sus propias particularidades.

En la figura que se muestra a continuación, se expone el sistema de salud de Chile:

**Figura 1: Sistema de Salud en Chile**



Fuente: Monteiko 2008 citado en Giedion, Villar & Ávila (2001)

De acuerdo a cómo se muestra en la figura, el sistema de salud chileno está constituido por dos sectores principales y las Fuerzas Armadas. El primer sector es el Sector público, el cual está compuesto por instituciones que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y son:

#### a) El Ministerio de Salud y sus organismos regionales

Esta institución tiene como visión que las personas, familias y comunidades tengan una vida más saludable, participen de manera activa en la edificación de estilos de vida que beneficien su desarrollo como individuos y en su comunidad. Asimismo, que puedan acceder a atenciones en salud de manera oportuna, justa, de calidad, de modo que las perciban más efectivas y seguras (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

*b) El Instituto de Salud Pública*

Es un organismo que tiene dependencia del Ministerio de Salud y se encuentra en el mismo Eje de autoridad que CENABAST, FONASA y Superintendencia de Salud. Se encarga de ejercer las siguientes labores: referenciar, vigilar, autorizar y fiscalizar la salud pública del país (Instituto de Salud Pública, 2017).

*c) La Central de Abastecimiento (CENABAST)*

Su finalidad es “abastecer de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a los establecimientos municipales de salud y a otros adscritos al sector público, como los hospitales de las fuerzas armadas o universidades” (Ministerio de Salud de Chile, 2017). Las instituciones que se encuentren bajo las categorías mencionadas hacen sus solicitudes de faltantes o de insumos a esta entidad para que se les pueda proporcionar, de modo que logren cumplir sus actividades diarias.

*d) El Fondo Nacional de Salud (FONASA)*

Es la institución responsable de dar cobertura a las personas aseguradas bajo esta institución, quienes aportan un monto dependiendo de sus ingresos, así como también a las que financia el Estado por escasez de recursos (Ministerio de Salud de Chile, 2017). En sí, funciona como un seguro de salud ya sea para las personas que cuentan con recursos como para las que no, de manera que puedan acceder a los servicios de salud y se le brinde la atención que necesita. Las personas que optan voluntariamente utilizar este organismo para realizar sus aportes, son generalmente trabajadores activos y pasivos, quienes deben dar la suma del 7% de sus ingresos. De esta manera están asegurados tanto ellos como aportantes y sus dependientes.

*e) La Superintendencia de Salud.*

Es una institución que tiene como funciones “supervigilar , controlar a ISAPRES, Fondo Nacional de Salud (FONASA) y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación ” (Ministerio de Salud de Chile, 2017).

Por otro lado, se tiene al sector privado, el cual lo conforman los siguientes actores:

*a) ISAPRES*

Sus siglas significan Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y son una opción de seguro de salud parecida a FONASA; sin embargo, las personas que se adscriben de manera voluntaria a ésta suelen ganar un poco más que las que lo hacen a FONASA. Estos organismos funcionan como parte de un sistema privado de aseguramiento en salud; mientras que FONASA es parte del público.

En la actualidad el sistema está compuesto por dos clases de ISAPRES: abiertas y cerradas. En cuanto a las pertenecientes a la primera clase se puede decir que su “afiliación y planes de salud son de oferta pública” (Superintendencia de salud, 2017), lo que quiere dar a entender que la población que desee, puede adscribirse voluntariamente; mientras que las ISAPRES cerradas son empresas que realizan “prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución” (Superintendencia de salud, 2017).

Por otro lado, no debemos olvidar que existe una parte minúscula de las personas en este país solventan su atención en servicios de salud con pagos de bolsillo para que puedan ser atendidas.

*b) Aseguradoras*

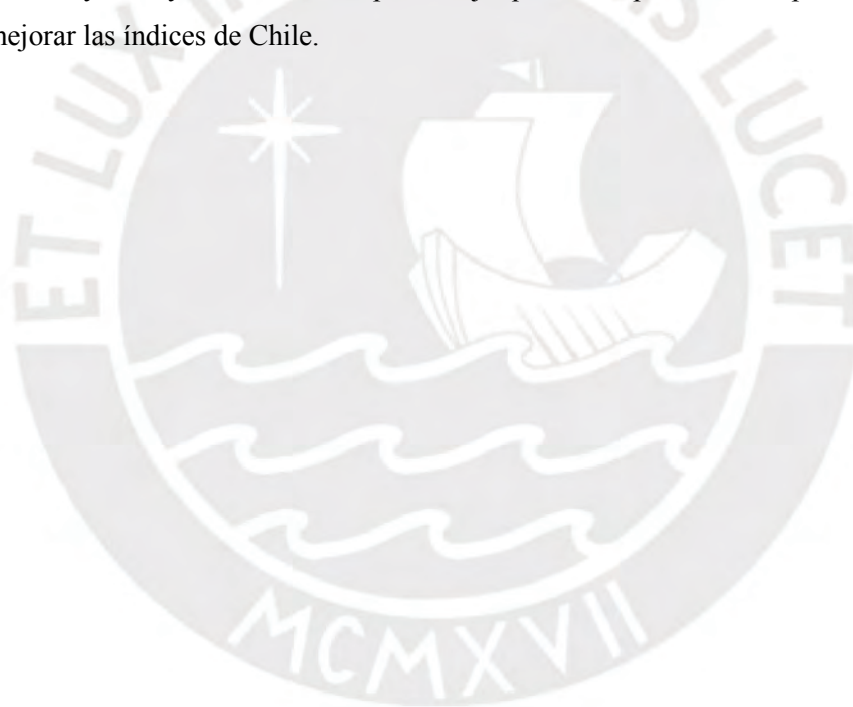
Son las empresas que brindan servicios de salud a las personas que tienen seguro. Se clasifican según la clase de seguro en dos: complementario y catastrófico. El primero de ellos “ayuda a cancelar el monto de los gastos de bolsillo no cubierto por el seguro público o la ISAPRES” (Giedion, Villar & Ávila, 2010, p. 97); a diferencia del catastrófico, el cual “cubre enfermedades de alto costo” (Giedion, Villar & Ávila, 2010).

*c) Prestadores privados de salud*

Se les denomina así a las instituciones que brindan servicios de salud, sean éstas: clínicas, hospitales, centros médicos, consultorios, etc. Estos organismos atienden a todo tipo de público, tengan o no un seguro de salud.

Pasando a otro tema, con respecto al financiamiento de Salud en Chile, se puede decir que básicamente existen 3 grandes fuentes y son los siguientes: (1) En el sector público, el financiamiento proviene de los impuestos generales y copagos; (2) en el sector privado, de impuestos generales, primas, copagos y pagos de bolsillo; (3) mientras que en las Fuerzas Armadas, de impuestos generales. Esto describe lo que presentado anteriormente en la Figura 1 de la actual investigación.

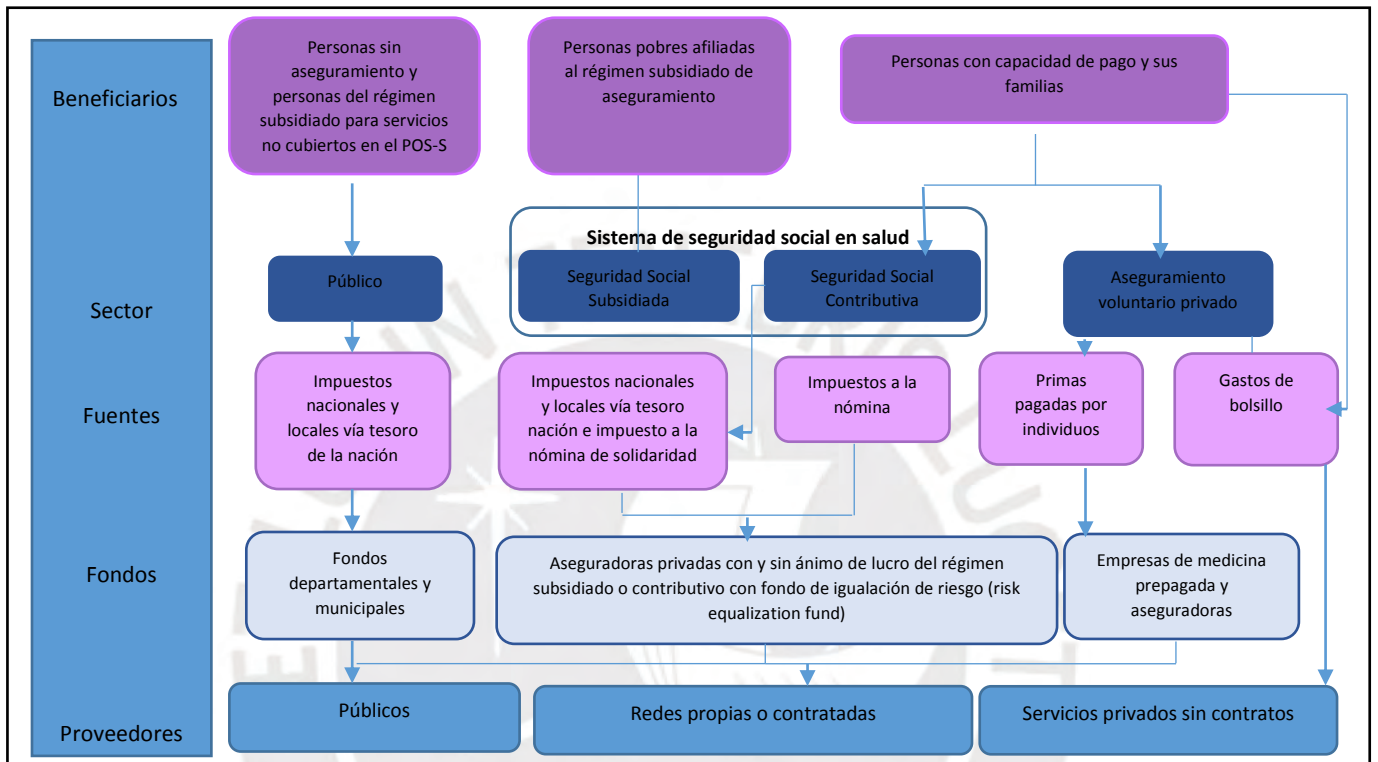
De la situación de Chile referente al sector salud, se puede dar a conocer que su gasto en salud con respecto al PBI en el año 2014 fue de 7,8 en el 2014 (Banco Mundial, 2014) y éste ha ido aumentando con el paso de los años, de modo que Chile es parte de uno de los países de Latinoamérica que destina mayor porcentaje de inversión para fines de salud, pudiendo igualarse casi a Estados Unidos. Sin embargo, para que exista en sí un notable mejoramiento de la salud de las personas, tanto el sector público como el privado deben establecer relaciones entre ellos que impliquen ayuda para las personas que necesitan acceder a los servicios de salud y brindarles una adecuada y oportuna atención a sus necesidades, en la medida que ambos sectores buscan un mismo objetivo principal, los más beneficiados serán los pobladores. No debemos olvidarnos de la población más vulnerable y que tiene por ende un mayor riesgo, quienes generalmente son los que más sufren cuando se trata de acceder a servicios de salud. Para ellos se deberán crear estrategias bien formuladas para que se elimine el no acceso a los servicios de salud y se vaya reduciendo el porcentaje que forma parte de esta población, lo que ayudará a mejorar las índices de Chile.



### 2.2.2. Colombia

En la figura que se muestra a continuación, se expone el sistema de salud de Colombia y su respectiva distribución o conformación, para luego pasar a detallar más cada uno de ellos:

**Figura 2: Sistema de Salud en Colombia**



Fuente: Becerril, Vásquez y Corcho citado en Giedion, Villar & Ávila (2001)

De acuerdo a la figura presentada, el sistema de salud colombiano está constituido por tres sectores: el sector público, el sistema de seguridad social en salud (SGSSS) y el de aseguramiento voluntario privado. El primero de ellos tiene como beneficiarios a las personas que no tienen seguros. El segundo, “se divide en dos subsistemas: el régimen contributivo, diseñado para el aseguramiento de la población trabajadora con capacidad de pago y sus familias; y el régimen subsidiado orientado a la población en situación de pobreza” (Giedion, Villar & Ávila, 2010, p. 109). Asimismo, los beneficiarios pertenecientes al tercer sector son personas con recursos, quienes pueden pagar los servicios de salud que requieran ellos y sus familias. En las siguientes líneas se mencionarán mayores detalles de cada uno de ellos.

En cuanto al sistema de seguridad social en salud, como se mencionó, presenta dos subsistemas, dentro de ellos, el régimen contributivo (RC), conformado por personas que deben inscribirse en alguna Entidad Promotora de Salud (EPS), a la cual aportarán mensualmente el 12,5% de sus ingresos a cambio de un plan de salud. De ese porcentaje (12,5%) “En el caso de trabajadores dependientes, el empleador aporta 8,5% y el trabajador el 4%” (Baron 2009 en Giedion, Villar & Ávila, 2010, p. 116). Dicha contribución mensual le permite tanto al que aporta como a sus familiares, acceder al Plan de Salud.

Por otro lado, para ser parte del régimen subsidiado (RS), las personas deben calificar como en situación de pobreza y registrarse en una EPS para poder gozar de un plan de salud que es pagado por el gobierno con fondos provenientes de impuestos. Asimismo, de los 12,5% de los ingresos mensuales mencionados anteriormente pertenecientes a los aportes mensuales del régimen contributivo (Giedion, Villar & Ávila, 2010), el 1,5% se destinan al régimen subsidiado. Con esto se entiende que el porcentaje correspondiente al aporte que realizan los usuarios a las EPS es de acuerdo a los montos mensuales de ingresos que perciben mas no del riesgo en salud que representa o tiene cada uno de ellos.

Del párrafo anterior se deduce que las personas simplemente tienen que inscribirse en cualquiera de las EPS para poder acceder a un plan de salud en el país y, en el caso que una persona no tenga la afiliación, pasará a atenderse al sector público o privado sea cual fuera el caso o las posibilidades que tenga de satisfacer su necesidad. Asimismo, los usuarios, al aportar un porcentaje de sus ingresos, se distribuye el riesgo entre todos los afiliados al plan de salud; con lo cual los que forman parte de las EPS y tienen mayor riesgo o problemas de salud son en cierta parte subsidiados por los que no poseen ese riesgo o no tienen problemas de salud pero que sin embargo, aportan a la EPS. De igual manera, las personas que ganan más subsidian de cierta forma a las que ganan menos, contribuyendo así con ellos y su salud; pese a ello, puede darse el caso que algunos contribuyentes no necesariamente declaren todos sus ingresos, con lo cual se ve reducido el aporte a la EPS y hace que no se tenga el dato real de contribución, disminuyendo la cantidad a aportar.

En Colombia, así como en varios países, tanto el sector privado como el sector público, desempeñan un papel primordial en el sistema de salud en este país, debido a que tienen la función de rectoría y regulación, aseguramiento y prestación de servicios (Giedion, Villar & Ávila, 2010).

“Este sistema es diferente al de muchos otros países de la región [...] donde se delimitan claramente los sistemas públicos, de seguridad social y privados. Por lo tanto, [...] conviene analizar el sistema de salud no tanto por su componente público y privado, sino por sus funciones” (Giedion, Villar & Ávila, 2010, p. 113), las mismas que se describen en las siguientes líneas:

*a) Función de rectoría y regulación*

Estas funciones las ejercen los siguientes órganos: el Ministerio de protección social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que fue sustituida por la Comisión de regulación en salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

*b) Función de aseguramiento*

Desempeñada por las aseguradoras, las cuales son de dos clases: EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las aseguradoras que cuentan con seguros privados y voluntarios (Giedion, Villar & Ávila, 2010).

*c) Función de prestación de servicios de salud*

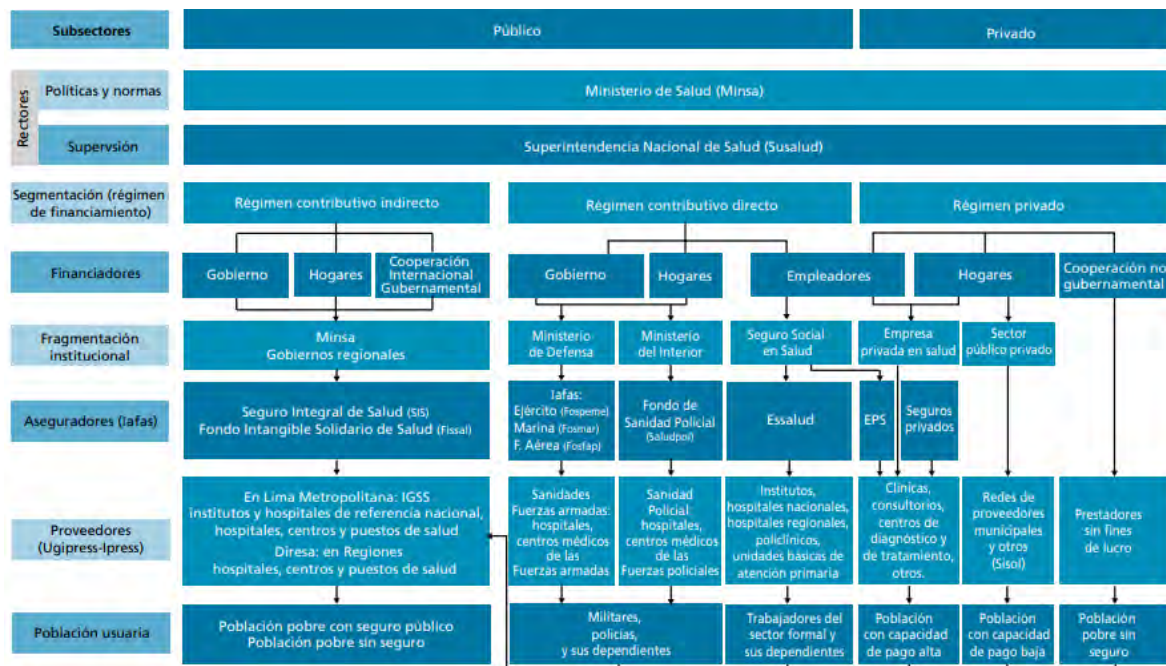
Las Entidades Promotoras de Salud son las que toman la decisión de brindar servicios en empresas de su misma cadena de distribución o si van a contratar los servicios de salud públicos u otros privados. Pese a ello, se ha establecido que como mínimo el 60% de la contratación debe ser con organismos públicos para las empresas de seguro que operan en el régimen subsidiado, y pueden contratar hasta el 30% de empresas dentro de su misma red (Giedion, Villar & Ávila, 2010).

### 2.2.3. Perú

En lo que se refiere al sistema de salud peruano, se puede decir que, al igual que los países anteriormente descritos, este país posee características peculiares propias del mismo.

En la siguiente figura se presenta al sistema de salud del Perú y posteriormente se pasará a describir los principales elementos que lo conforman:

**Figura 3: Sistema de Salud en Perú**



Fuente: Lazo, Alcalde y Espinosa (2016)

De acuerdo a la figura presentada, el Ministerio de Salud (MINSAs) es el ente gobernador del Sistema de Salud en el Perú. Esta entidad junto con la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) tienen influencia y participación en todo el sistema, sin importar el sector al que pertenezcan cualquiera de las instituciones que lo conforman.

El Sistema de Salud peruano está constituido por los sectores público y privado, lo que quiere decir que se cuenta con un Sistema Mixto con bienes que proceden de ambos. El objetivo de este sistema es:

Que las instituciones que lo integran cumplan roles coordinados y complementarios regidos por una política y estrategia común que asegure una atención de las prioridades sanitarias del país, y que en conjunto operen dentro de una racionalidad global que garantice eficiencia a la inversión y al gasto social para favorecer la salud de todos los

peruanos (Resolución Suprema N° 002-2008-SA citado en MINSA-Dirección General de Epidemiología 2013, p.31).

En lo que se refiere al sector público, está conformado por dos regímenes, y son los siguientes: Régimen contributivo indirecto o subsidiado, el cual tiene como sujetos financiadores al Gobierno, los hogares y cooperación internacional. De este régimen forman parte los establecimientos del Ministerio de Salud. Asimismo, se tiene al régimen contributivo directo, el cual se encuentra compuesto por “El Sistema de Seguridad Social de Salud (Essalud) y el seguro social privado, constituido por organizaciones de intermediación financiera, las entidades prestadoras de salud (EPS) y las dependencias de salud de los ministerios de Defensa y del Interior” (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016, pp. 15-16).

Cabe resaltar que dentro del sector público se tiene al Seguro Integral de Salud (SIS), el cual básicamente está destinado a atender a las personas que no cuentan con las posibilidades de tener un seguro de salud debido a que no tienen los recursos suficientes como para financiarlo; siendo calificados como pobladores en situación de pobreza. Sin embargo, desde aproximadamente mediados del año 2016 hasta la actualidad, se han desactivado todo tipo de atenciones mediante este seguro debido a que se habían estado realizando malos manejos, falta de pagos, incoherencias o información falsa de parte de la población, etc.

Por otro lado, es importante saber que desde 1997 con la Ley de Modernización de la Seguridad Social, el sector público ha recurrido al sector privado para comprar sus servicios por medio de Entidades Prestadoras de Salud (EPS) (Giedion, Villar & Ávila, 2010), lo que quiere decir que el sector público complementa sus atenciones con instituciones del sector privado, de modo que pueda cumplir con el derecho de la población de recibir atención médica.

Por su parte, el sector privado, se encuentra conformado por el *privado lucrativo* y el *privado no lucrativo*. Las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) forman parte del sector público; sin embargo, los pacientes son dirigidos al sector privado para que puedan completar sus atenciones. Asimismo, algunas EPS, “aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos y servicios de diagnóstico de imágenes (MINSA-Dirección General de Epidemiología, 2013, p. 31) forman parte de este sector, así como también lo conforman personas que se dedican a ejercer la llamada medicina tradicional. Por otro lado, el *sector no lucrativo* cuenta con entidades que persiguen fines sociales, entre ellas tenemos a la Cruz Roja Peruana, CARITAS, ADRA-Perú, etc.

a) Acontecimientos relevantes en el sector salud privado

“El sector salud privada [...] crece a un ritmo de 10%” (Alosilla, Levaggi, Peña & Rodríguez, 2012, p. 4). Este crecimiento se basa en el prestigio que se han ganado las clínicas, los médicos, la infraestructura, tecnología, todo lo cual se complementa con la calidad y calidez ofrecidas por estas organizaciones administradoras de salud, a diferencia de la mala atención que se da en el sector salud pública.

El párrafo anterior también da a entender que el sector privado realiza una fuerte inversión en lo que respecta a salud, ya que lo hace en cuestiones que el Estado no puede o donde éste no llega, de modo que toda la población pueda tener mayor acceso o mejor atención, e incluso toma una participación bastante activa debido que promueve la prevención de enfermedades, que es en lo que se debería de enfocar la población para que hayan menos personas enfermas. Esto es así debido a que:

La tendencia mundial es mantener al alcance de toda la población, un sistema de salud universal. Es decir, que cada individuo tenga la oportunidad de recibir un tratamiento. Inicialmente este objetivo ha sido seguido por todos los países, pero el propósito de mayor escala es ofrecer a toda la población un tratamiento curativo; por esa razón los países primermundistas están desplegándose hacia una tendencia más preventiva (Alosilla, Levaggi, Peña & Rodríguez, 2012, p. 23).

Asimismo, en el sector salud privado peruano existen “ocho grupos económicos que desde el 2011 compiten por la concentración de clínicas, centros médicos y laboratorios para disputarse las ganancias de la atención de dos millones de pacientes del sector privado de la salud” (Torres y Huacles, 2015). De estos ocho grupos, Credicorp y Breca son los principales gracias a las alianzas y adquisiciones que han ido obteniendo a lo largo de los años, siendo el Perú, el escenario de una competencia exhaustiva de empresas del sector.

Por otro lado, se puede decir que, mientras diversos factores como el aumento de la formalización de empresas, la disminución de los niveles de pobreza, etc. hagan posible que la economía continúe creciendo, las personas asistirán cada vez más a las clínicas o consultorios privados para una atención de calidad, rápida y especializada. Sin embargo, no solo va a depender del sector privado poder hacer frente a los temas de salud en general, sino también al sector público y a la ciudadanía. Así pues, según José Luis Novoa, director de programas de la Fundación Gabriel García Márquez para un Nuevo Periodismo Iberoamericano (FNPI), en una entrevista con el Diario Gestión argumenta que “La meta es encontrar un equilibrio entre estos tres participantes para evitar la corrupción, por un lado; el monopolio, por otro; y la muerte, en el caso del ciudadano” (Novoa, José - Diario Gestión, 2017)

b) Competitividad del sector salud privada

El que el sector privado haya crecido se debe, entre otras variables, a la reputación que han adquirido las clínicas y sus médicos altamente especializados, así como a su infraestructura y tecnología, sumado a esto la calidad de atención al cliente resulta un factor de notable diferenciación.

Existe bastante competitividad en el sector salud privado con respecto a la seguridad, la capacidad de investigación, prestigio, entre otras cuestiones. Es por ello que la revista digital América Economía ha creado una evaluación anual que mide diferentes aspectos de hospitales y clínicas de América Latina. Así pues, para el año 2016, solo dos clínicas privadas se encuentran dentro del ranking de los 40 mejores hospitales y clínicas de América Latina. Estas dos clínicas son las siguientes: Clínica Internacional y Clínica Ricardo Palma, las cuales se encuentran en el puesto 11 y 14 del ranking respectivamente, habiendo ambas bajado un puesto con respecto al 2015, año en el que tenían una posición ligeramente mejor que el 2016 debido a que estaban en el puesto 10 y 13 respectivamente. Las instituciones, ya sean hospitales o clínicas que rinden la evaluación y se posicionan dentro del ranking, destacan por garantizar mejores espacios para el paciente y sus acompañantes o familiares, de manera que hallen toda una experiencia en la atención del hospital o clínica (América Economía, 2016).

En el caso de que la economía del país siga creciendo, aumenten las empresas formales, disminuyan los niveles de pobreza; las personas tenderán a acudir a centros de salud como clínicas o consultorios privados en pro de una mejor calidad de atención. De este modo, y al tener un mercado en constante expansión, la cooperación entre las empresas prestadoras y aseguradoras sería mucho más ventajosa en términos de ganancia para todo el mercado y el bienestar de los consumidores, a diferencia de una constante rivalidad y competencia, permitiría la implementación de estrategias o planes de salud para las personas en general. Así pues, se deberá “lograr más cooperación y menos competencia entre los prestadores y aseguradores, de manera tal que los financiadores (aseguradores) de servicios sean responsables por la selección de prioridades, planes de largo plazo de salud locales y estrategias integrales de intervención a lo largo de las redes de servicios de salud” (Ocampo, R. & Betancourt, U. & Montoya, R. & Bautista, B., 2013, p.120). Esta ideología se ve reforzada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) que “sostiene que en los últimos años se ha observado una tendencia a abandonar la competencia, introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención en salud” (Ocampo, R. & Betancourt, U. & Montoya, R. & Bautista, B., 2013, p. 124).

c) Intereses de las empresas pertenecientes al sector salud privada

“El director del Johns Hopkins Medicine International (EEUU), José Solis-Padilla, señaló [...] que existe espacio en el Perú para el crecimiento del sector privado en los servicios de salud, ante el déficit de atención en los hospitales públicos” (De la Vega, 2016). Lo que menciona José Solis-Padilla se ve reflejado en los varios centros o instituciones de salud que se han aperturado a lo largo del tiempo y espacio geográfico; sobre todo, en los últimos años a lo largo del territorio nacional peruano.

Asimismo, en la entrevista que De la Vega hizo al director del Johns Hopkins Medicine International se hace notar que el entrevistado refiere lo siguiente:

Son dos los aspectos que están impulsando la mayor participación de los servicios privados de salud, uno es la "transición epidemiológica radical" de enfermedades transmisibles (diarrea, cólera) a complejas como el cáncer, que requiere un modelo de atención diferente. La otra, es que los gobiernos están empezando a ofrecer cobertura universal, pero no han actualizado su infraestructura, entonces tienes cobertura pero no tienes infraestructura y se vuelve una oportunidad para el sector privado de cubrir ese déficit (De la Vega, 2016).

Tal es así que el sector privado debe crear sinergia con el sector público para así “lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, y eficiente que permita brindar dichos servicios de manera productiva, con personal altamente capacitado, motivado, y apoyado con tecnología avanzada que asegure la seguridad y dignidad del paciente (Alosilla, Levaggi, Peña & Rodríguez, 2012, p. 145). La relación entre ambos jugadores (estado y privado) se ha logrado mantener fruto del resultado ganar-ganar que existen para los dos; por un lado el privado obteniendo una cobertura mucho mayor en términos poblacionales y en accesibilidad de diferentes pacientes a sus servicios, y el estado obteniendo ventaja de la estructura y vanguardia del primer sector.

Cabe resaltar que debido a que actualmente los pacientes están mejor informados y son cada día más exigentes, el sector privado debe y, a la vez, está obligado a desarrollar más estrategias conforme a lo que los pacientes necesitan para poder prevenir y hacer frente a las enfermedades incluso más difíciles pero que al mismo tiempo puedan acceder económicamente a la cura o tratamiento a través de un plan de salud.

#### d) Gasto en Salud

Se espera que el gasto en salud se incremente impulsado por las necesidades de salud de una población que envejece, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, la expansión de los mercados emergentes, mejoras en la infraestructura, y tratamiento y los avances tecnológicos. Sin embargo, aun cuando la demanda aumenta, la presión para reducir los costos y elevar el valor de esta actividad se está intensificando. Como resultado de estas fuerzas contradictorias, el gasto es probable que aumente un poco más lentamente que en la década pasada. Así pues, en toda América Latina, el gasto en salud se prevé que aumentará en promedio, 4,6 por ciento anual durante 2014-2018 (Deloitte, 2015).

Para Perú, se puede apreciar en el gráfico mostrado a continuación que el aumento del gasto en salud en 1995 fue de 4.5%; mientras que para el año 2014 fue mayor a 5.4%.

**Figura 4: Gasto en salud (% del PBI)**

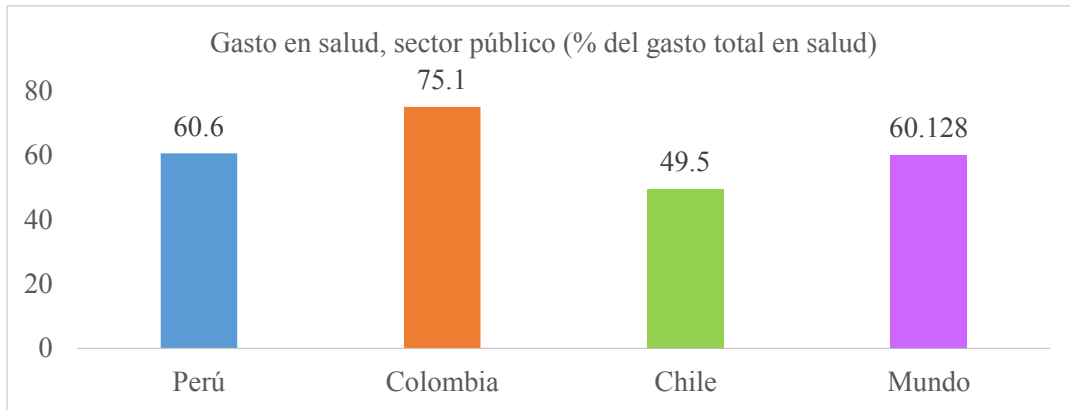


Fuente: Banco Mundial (2014)

Si bien el gasto sanitario de América Latina se encuentra lejos del nivel que exhiben los países desarrollados, cuando la situación se compara con otras regiones en desarrollo, se observa que el conjunto de países presenta un escenario similar. No obstante, al examinar el origen de los recursos para afrontar dicho gasto, no es posible identificar un patrón de comportamiento único, debido a la heterogeneidad que se observa en el financiamiento de los sistemas sanitarios. En este contexto, el gasto privado complementa al gasto público, mejorando el acceso y ampliando la cobertura (Scialabba, 2015).

A continuación, se muestra un gráfico en el cual se aprecia que el gasto en salud de parte del sector público es mayor en Chile, Colombia y Perú.

**Figura 5: Gasto en salud del sector público 2014**

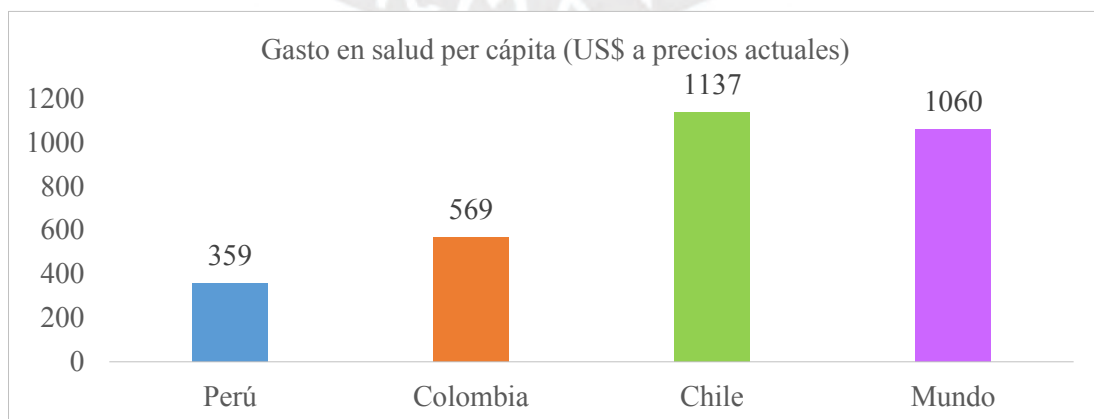


Adaptado de Banco Mundial (2014)

El gasto en salud pública por habitante en América Latina se incrementa con el nivel de ingreso de los países. [...] En la región se observa que los países con mayores niveles de ingresos son los que más recursos destinan al sector salud, y los países más pobres, con más necesidades básicas, presentan un nivel de gasto inferior (Scialabba, 2015).

Esto puede verse reflejado en la figura 6; los habitantes de Chile son los que más gastan en salud, a diferencia de los habitantes de Colombia y Perú, países en los cuales el gasto per cápita está por debajo del promedio mundial. Pese a esto, debe precisarse que no hay un monto mínimo ni máximo correspondiente al rubro gasto en salud, sino que dependerá de cada contexto en el que se encuentren.

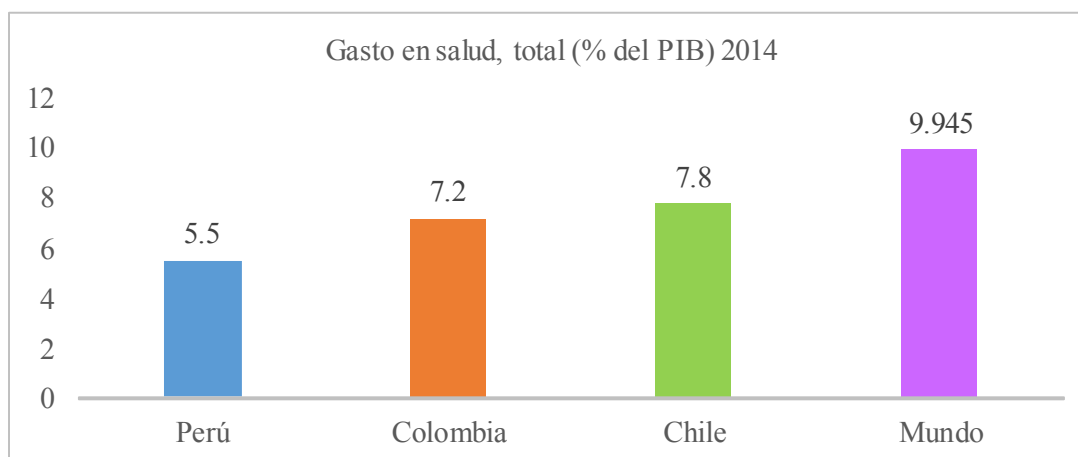
**Figura 6: Gasto en salud per cápita 2014**



Adaptado de Banco Mundial (2014)

Por otro lado, el indicador gasto en salud en términos del PBI en los países de Latinoamérica como los mencionados (Perú, Colombia y Chile) es inferior al promedio mundial, el cual ascendió en 2014 al 9,945%, tal como se observa en la figura 7.

**Figura 7: Gasto en salud % del PBI -2014**



Adaptado de Banco Mundial (2014)



### **3. Calidad de atención**

#### **3.1. Definición**

De acuerdo a Donabedian A. (1990) la calidad de la atención a la salud es:

El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud; sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente (Donabedian 1990, citado en Cabello 2001).

Es decir, se le conoce como un instrumento eficaz de gestión empresarial o “una herramienta estratégica que permite ofrecer un valor añadido a los clientes con respecto a la oferta que realicen los competidores y lograr la percepción de diferencias en la oferta global de la empresa” (Blanco 2010, citado en Pérez 2007, p. 8, citado en Solorzano y Nereida 2013, p.6).

Entre otras definiciones, la calidad de atención tiene que ver con la identificación de todas aquellas cosas que son importantes para el cliente o las necesidades que éste tiene, de modo que la empresa pueda cubrirlas e incluso superar las expectativas, obteniendo el agrado de los clientes, manteniéndolos y fidelizándolos.

En el ámbito de atención al cliente, las organizaciones se esfuerzan por tener altos estándares de calidad. Actualmente esto es así ya que el cliente se está informando más gracias a los medios de comunicación masivos y, sobre todo, los medios sociales. Al estar más informado, el cliente está exigiendo a las empresas cada vez más cosas y si éstas no cumplen con los requerimientos que tiene, el cliente puede cambiar de proveedor debido a que en el mercado existen cada día más competidores con ofertas tentadoras. Es por ello que las organizaciones deben estar a la vanguardia de los acontecimientos actuales, pero sobre todo deben enfocarse en el servicio de calidad que ofrecen, de modo que puedan lograr que el público las prefiera antes que a sus competidores.

Hoy en día se tiene la idea de que el cliente es la razón de ser de la organización, de modo que es muy importante darle bienes y/o servicios de calidad para satisfacerlos y poder fidelizarlos. De esta manera, cada compra del bien y/o servicio no solo se dará en esa ocasión, sino que será una compra que se repita constantemente o de acuerdo a las necesidades que presente el cliente.

### **3.2. Características de la atención al cliente**

Desatnick (1990 citado en Garza, Abreu & Badii 2008) indica que las características más relevantes con respecto a la atención que se le debe dar al cliente son:

- a) La labor debe ser empresarial con espíritu de servicio eficiente, sin desgano y con cortesía.
- b) El empleado debe ser accesible, no permanecer ajeno al cliente que lo necesita.
- c) Se debe procurar adecuar el tiempo de servir no a su propio tiempo, sino al tiempo que dispone el cliente, es decir tener rapidez.
- d) Es muy recomendable concentrarse en lo que pide el cliente, si hay algo imperfecto. El cliente agradecerá el que quiera ser amable con él.
- e) La empresa debe formular estrategias que le permita alcanzar sus objetivos, ganar dinero y distinguirse de los competidores.
- f) La empresa debe gestionar las expectativas de sus clientes, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.

### **3.3. Cómo medir la calidad de atención al cliente**

Bernillon y Cerutti (1989 citado en Garza, Abreu & Badii 2008) proponen que la calidad se debe estimar teniendo presente los principios listados a continuación:

- a) Que los indicadores escogidos estén vinculados con la estrategia diseñada.
- b) Que estén en todo aquello que guarda conexión con los clientes.
- c) Que estén relacionados con el sistema de reconocimiento de mérito.
- d) Que permita obtener variaciones entre las realizaciones efectivamente conseguidas y las previstas.

Lo que se quiere es medir la satisfacción que llega a tener el cliente. Para ello, es primordial que la organización que se va a evaluar sepa las necesidades y expectativas de sus usuarios o clientes.

Asimismo, la Norma Internacional ISO: 9000-2000 propone ciertas nociones con respecto a cuestiones de calidad y algunas técnicas para su medición.

### 3.4. Dimensiones de la calidad

Drucker (1990 citado en Duque 2005) afirma que la calidad es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar. Cuando un cliente compra un producto o servicio, está de alguna manera evaluando a la empresa con respecto al cumplimiento de sus necesidades o expectativas, si le satisface o no lo que la empresa le brinda. Para poder realizar esta evaluación, una buena parte de clientes recurre a estas cinco dimensiones:

**3.4.1. Fiabilidad:** La empresa debe poder brindar el bien o servicio de modo confiable y seguro.

**3.4.2. Seguridad:** El cliente debe poder sentirse seguro de recurrir a la empresa y creer que sus peticiones o demandas serán solucionadas.

**3.4.3. Capacidad de respuesta:** Tiene que ver con la actitud de apoyo que tienen los colaboradores hacia a los clientes y con la realización de manera rápida de sus requerimientos.

**3.4.4. Empatía:** Los colaboradores deben ponerse en lugar de los clientes. Los clientes s deben ser su razón de ser, deben brindarles una atención personalizada, estar atentos a sus peticiones y ser amables en todo momento.

**3.4.5. Intangibilidad:** Debido a que un servicio no es un objeto tangible como un producto, se debe tener en cuenta que si su capacidad de producción no se usa en su totalidad, ésta se pierde para siempre.

### 3.5. Modelos de Calidad

#### 3.5.1. Modelo SERVQUAL

Es un instrumento de escala múltiple con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio, identificando el término escala con una clasificación de preguntas (Peña, 2015, p. 38)

Este instrumento es un cuestionario creado en Estados Unidos y contiene preguntas separadas en cinco dimensiones. Este modelo “se construye con el fin de identificar primero los elementos que generan valor para el cliente y a partir de esta información revisar los procesos con el objeto de introducir áreas de mejora” (Zeithaml, Parasuraman & Berry 1993 citado en Peña 2015).

En este cuestionario el cliente y/o usuario evaluará la calidad del servicio que se le brindó ya sea de manera positiva o negativa teniendo en cuenta la diferencia entre las percepciones que tenían los clientes y sus expectativas, de modo que si percepciones que tenía son menores que las expectativas que generó, entonces el resultado de la evaluación será una calificación negativa para la organización.

Actualmente, las empresas del rubro servicios centran su atención en satisfacer las exigencias de su público, tratando de diferenciarse por una atención personalizada, amable y de calidad para poder mantener y fidelizar a sus clientes.

El modelo SERVQUAL, como ya se mencionó, agrupa preguntas en cinco dimensiones, las cuales confirman las dimensiones propuestas por Drucker anteriormente:

- a) *Fiabilidad*: La empresa brinda servicios de forma íntegra y minuciosa, cumple con lo que promete dar en diversos aspectos.
- b) *Capacidad de respuesta*: Los colaboradores deben estar dispuestos a ser serviciales con los clientes y brindarles un buen servicio dentro de lo que se incluye la rapidez en la atención, capacidad de respuesta oportuna, resolución de problemas o disconformidades, etc.
- c) *Seguridad*: Los colaboradores deben hacer sentir a los clientes seguros de que sus solicitudes o requerimientos van a ser entregados o llevados a cabo.
- d) *Empatía*: Los empleados deben brindar un servicio que se centre en cada cliente; es decir, ofrecer un trato personalizado y a gusto del cliente.
- e) *Elementos tangibles*: Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.

Asimismo, para un mejor entendimiento de la herramienta, a continuación se explica brevemente los siguientes conceptos obtenidos de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (MINSA, 2011) :

- a) *Expectativa del Usuario*: Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio.
- b) *Satisfacción del Usuario Externo*: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- c) *Percepción del Usuario*: Se refiere a cómo percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado.
- d) *Gestión de la Calidad*: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- e) *Mejoramiento Continuo de la Calidad*: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia
- f) *Sistema de Gestión de la Calidad en Salud*: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector, públicos y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

### **3.5.2. Modelo SERVPERF**

Cronin & Taylor (1992 citado en Duque 2005) desarrollaron la escala SERVPERF, la cual tiene por objetivo evaluar exclusivamente las percepciones de los clientes sobre la calidad del servicio. Dichos autores sostienen que la conceptualización y medición de la calidad de servicio basada en el paradigma de la desconfirmación, son erróneas, debido a ello sugiere que éstas tienen que ser medidas desde las percepciones de los clientes.

Asimismo, varios autores respaldan este modelo, el cual trata de vencer las restricciones que se tienen al usar las expectativas para medir de la calidad percibida sin definir adecuadamente el tipo y el nivel de expectativas de desempeño. El modelo SERVPERF que dichos autores proponen; mide las mismas dimensiones que el SERVQUAL, pero, con el contraste de que la escala no mide las expectativas del cliente, lo que disminuye en un 50% el número de ítems que deben ser medidos (Duque, 2005).

Así pues, se concluye que la escala de medición es la misma, la diferencia radica en cómo se realiza el cálculo y las preguntas que conforman el cuestionario.

### **3.5.3. Modelo CALSUPER**

Este modelo es desarrollado por Vásquez, Rodríguez y Díaz (1996 citado en Roldán, L., Balbuena, J. & Muñoz, Y. 2010). Se fundamenta en la percepción del cliente evaluando cuatro dimensiones con 19 preguntas en total. Las cuatro dimensiones son las siguientes: evidencias físicas, fiabilidad, interacción personal y políticas. Estas dimensiones son objetivas en cuanto a su medición y cuyo resultado representa un insumo importante que puede ser utilizado por las empresas, y permitirá evaluar y de ser necesario redefinir las estrategias usadas para lograr la preferencia y lealtad de los clientes y que consecuentemente, le representará en el futuro beneficios económicos

### **3.5.4. Modelo de Brechas del Servicio**

Zeithaml & Bitner (2002 citado en Matsumoto 2014) explican que existen 5 brechas en cuanto al servicio, las cuales deben ser cerradas. Este modelo plantea la existencia de estas cinco brechas divididas en dos grupos: uno, de brechas del cliente y otro, de brechas de la empresa o proveedor del servicio.

En el primer grupo solo se incluye una de las cinco brechas y es la diferencia que se genera entre las expectativas que el cliente tiene de los servicios, de acuerdo a las experiencias pasadas y de información recolectada a lo largo del tiempo, y la percepción que el servicio

genera una vez ha sido comprado y experimentado. Esta brecha es conocida como la brecha del cliente.

El segundo grupo contiene las cuatro brechas restantes en el siguiente orden:

- a) *Brecha 1*: no tener conocimiento de lo que el cliente espera.
- b) *Brecha 2*: no seleccionar ni el diseño, ni los estándares del servicio adecuados.
- c) *Brecha 3*: no entregar el servicio con los estándares de servicio ya definidos por la empresa.
- d) *Brecha 4*: no igualar el desempeño del servicio con las promesas hechas previamente.

### **3.5.5. Modelo de calidad de servicio de Bolton y Drew**

Bolton & Drew (1991 citado en Miquel, S. & Moliner, M. 2008), exponen un modelo de calidad de servicio que se distingue como una función de la no conformación de las expectativas mediante las percepciones de niveles de resultados de los componentes, dando como resultado la satisfacción e insatisfacción del cliente. Para los autores un determinante clave de la calidad de servicio es el desajuste entre resultado y expectativas. La calidad del servicio es definida como una actitud del cliente frente a la empresa y todos sus servicios, en cambio la satisfacción se entiende como el servicio realmente ofrecido si el servicio fue bueno se percibirán positivamente y mejorará la satisfacción de los clientes.

### **3.5.6. Modelo de calidad de servicio de Bitner**

Bitner (1990 citado en Miquel, S. & Moliner, M. 2008) introduce este modelo teniendo como eje a la satisfacción e insatisfacción, pues define la calidad percibida como una consecuencia de la experiencia de satisfacción e insatisfacción. Para este modelo, el paradigma no confirmatorio se da entre el resultado de la presentación del servicio y las expectativas iniciales del mismo, lo cual afecta la experiencia de satisfacción e insatisfacción y posteriormente a la calidad de servicio percibida. Traduciéndose en el mercado como comunicación boca-oído, el cambiar de servicio y la fidelidad

### **3.6. Teorías de la Calidad**

#### **3.6.1. Teoría de la calidad según Phill Crosby**

La respuesta de Crosby (1991) a la crisis de la calidad fue el principio de hacerlo correctamente la primera vez e incluye 4 principios básicos:

- a) La definición de la calidad está de acuerdo a las necesidades.
- b) El sistema de calidad es prevención y no la corrección.
- c) El estándar de la realización es cero defectos.
- d) La medida de la calidad es el precio del incumplimiento.

#### **3.6.2. Teoría de Edward Deming.**

Deming (1950 citado en Gonzales 2007) mejoró el círculo de calidad propuesto por Shewhart, el cual consiste en localizar el problema y atacar de raíz, a través de 4 etapas las cuales son planear, hacer, verificar y actuar.

Asimismo, Deming enfatiza un compromiso con el mejoramiento de la calidad. Para esto se deben designar los recursos necesarios para la innovación, capacitación, educación e investigación siempre con el objetivo de mejorar la calidad. Además existen una serie de puntos de Deming para lograr la Calidad Total los cuales se detallan a continuación:

- a) Crear constancia de propósito.
- b) Adoptar una nueva filosofía es adoptar una conciencia de calidad.
- c) Dejar de confiar en el control de calidad tradicional, y en la inspección masiva.
- d) No basarse en los precios sino en la calidad.
- e) Mejorar constantemente y por siempre el sistema de producción y servicios.
- f) Instituir la capacitación.
- g) Adoptar e instituir el liderazgo.
- h) Eliminar el temor e inculcar seguridad en la gente.
- i) Eliminar las barreras que impidan el trabajo en equipo.
- j) Eliminar slogan.
- k) Eliminar estándares.
- l) Eliminar barreras que impidan alcanzar el orgullo al trabajador.
- m) Instituir un activo programa de educación.
- n) Implicar a todo el personal en la transformación.

### 3.7. Satisfacción del Usuario Paciente

Es la aprobación de parte del usuario o paciente, quien demuestra la atención recibida, identificando al paciente como sujeto que recibe los servicios de salud como la atención de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen médico, a un tratamiento o a una intervención invasiva o no.

La satisfacción está relacionada con el nivel en que se encuentra el estado de ánimo de una persona, ello es resultado de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio contra las expectativas con las que contaba sobre ese producto o servicio. Se podría definir, entonces, como una evaluación en el momento del post-consumo y/o post-uso, susceptible de cambiar en cada transacción. Aquella tiene siempre que ver con lo que se desea y con la espera de ello. La Satisfacción, en economía general, trae tres beneficios básicos:

1. Es usual que el cliente satisfecho, retorne al servicio (Lealtad de usuario)
2. El cliente comunica a otros sus experiencias positivas (Difusión gratuita)
3. El cliente satisfecho deja de lado a la competencia (Participación en el mercado).

Entonces, la idea de satisfacción del usuario manejaría tres elementos:

- a) Expectativas, lo que se esperaba obtener del producto o servicio.
- b) Rendimiento percibido, desempeño que el cliente considera haber obtenido luego de comprar o usar el producto o servicio.
- c) Niveles de Satisfacción, es el juicio de valor final luego de asociar los parámetros anteriores que pueden ser: Insatisfacción, cuando las expectativas sobrepasan al Rendimiento percibido; asociada a una “mala atención”; Satisfacción, cuando las expectativas coinciden con el rendimiento percibido, asociada a una “buena atención”; y Complacencia, cuando el rendimiento percibido excede las expectativas del cliente; asociada a una “excelente atención”.

Si bien el MINSA realiza periódicamente investigaciones sobre la satisfacción de los pacientes mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL en los hospitales para evaluar el nivel de satisfacción que permita saber la calidad de servicio que se está brindando, no se conoce si este tipo de encuestas son aplicadas en el sector privado, ya que, en realidad, no se tiene fácil acceso a la información de parte de las empresas pertenecientes a este sector. Por ello, resulta importante realizar una evaluación de la satisfacción a través de la medición de la calidad del servicio bajo la metodología SERVQUAL, de modo que se obtenga información de la situación actual de los establecimientos de salud privada.

Por otro lado, cabe precisar que:

La satisfacción es vista por lo general como un concepto más amplio, mientras que la evaluación de la calidad en el servicio, se enfoca de manera específica en las dimensiones del servicio, por tanto de acuerdo a esta perspectiva, la calidad del servicio percibida es un componente de la satisfacción del cliente (Vergara, 2014, p. 45 ).

### **3.7.1. Nivel de Satisfacción de Pacientes**

Debe existir por lo menos una intención en otro de realizar una acción determinada para que se diga que hay satisfacción como el sentimiento de un sujeto. Esto dará un resultado que pueda valorarse como positivo o no, como "satisfactor o no".

Por ello, Castro, Villagarcía & Saco (2006) en uno de sus artículos publicados, definen los siguientes términos:

- I. *Satisfacción completa (satisfechos)*: esto sucede cuando las expectativas o necesidades del usuario son cubiertas o satisfechas totalmente. Se llega a la satisfacción cuando se tiene, quiere o espera algo y eso se cumple.
- II. *Satisfacción intermedia (medianamente satisfechos)*: esto se da cuando las expectativas o necesidades del usuario son cubiertas parcialmente, lo que es igual a cubrir la mitad de sus necesidades.
- III. *Insatisfacción (insatisfechos)*: se denomina así cuando las necesidades o expectativas que tiene el usuario no son cubiertas en lo más mínimo. Ello lleva a un sentimiento de desánimo debido a que no aconteció lo que queríamos.

Según Kotler (2012), la satisfacción del cliente se define como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas".

Así, la opinión del paciente añade un componente esencial en la valoración del servicio prestado. Donabedian (1966) considera que es "la efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular; es el valor último o de la calidad del cuidado". Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según el criterio clínico u otro ajeno al del propio consumidor.

Para que podamos saber cómo nuestros clientes definen la calidad de nuestros servicios tendremos que recurrir a la comprensión de los mismos, y solo así es que seremos capaces de

desarrollar medidas para evaluar nuestro desempeño en el suministro de servicios. Estas medidas son:

- a) Disponibilidad: grado con que un servicio de salud está disponible, siempre que los clientes lo necesiten.
- b) Accesibilidad: Grado con que el cliente espera que lo atiendan cuando lo necesita.
- c) Cortesía: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el cliente siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.
- d) Agilidad: Grado con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los clientes.
- e) Confianza: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el cliente.
- f) Competencia: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al cliente. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del cliente.
- g) Comunicación: Grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus clientes a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento. La comunicación con los clientes puede afectar en gran manera el proceso de recuperación.

Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio los clientes experimentan uno de estos tres niveles de satisfacción:

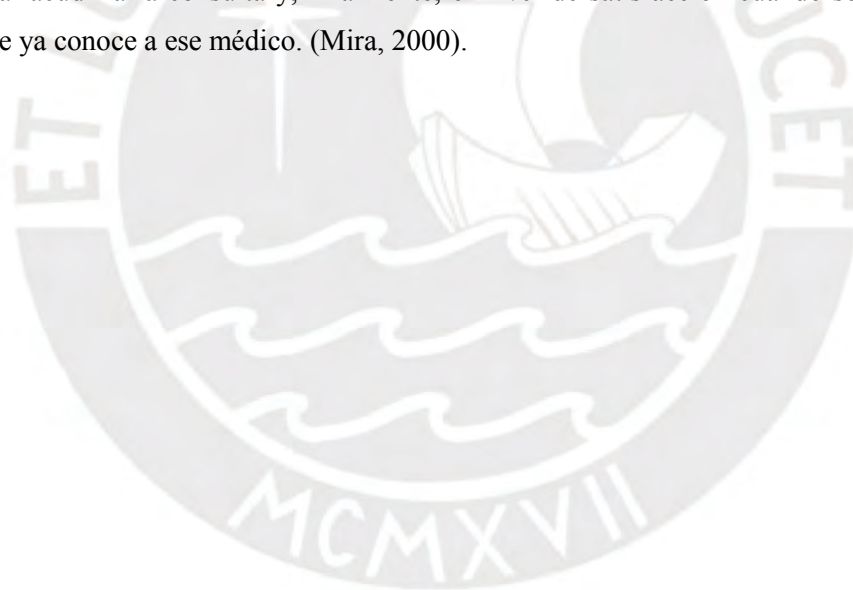
- I. Insatisfacción: se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.
- II. Satisfacción: se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.
- III. Complacencia: se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Dependiendo el nivel de satisfacción del cliente se puede conocer el grado de lealtad hacia una marca o empresa, por ejemplo: un cliente insatisfecho cambiará de marca o proveedor de forma inmediata (deslealtad condicionada por la misma empresa). Por su parte, el cliente

satisfecho se mantendrá leal, pero tan solo hasta que encuentre otro proveedor que tenga una oferta mejor (lealtad condicional). En cambio, el cliente complacido será leal a una marca o proveedor porque siente una afinidad emocional, que supera ampliamente a una simple preferencia racional (lealtad incondicional). Por ese motivo, las empresas inteligentes buscan complacer a sus clientes mediante prometer solo lo que pueden entregar, y entregar después más de lo que prometieron.

### ***3.7.2. Influencias en la satisfacción del paciente***

La decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede solicitar permiso al superior etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico. (Mira, 2000).



## **4. Integración Vertical y su efecto en la calidad del servicio en empresas del Sector Salud Peruano**

La integración vertical, según Ronald Coase (1937), se encuentra asociada a la decisión que se toma al interior de una empresa entre hacer y comprar, es decir, decidir por una parte entre producir ciertos insumos que son necesarios para la producción final, conocida como integración hacia atrás, o adquirirlos en el mercado mediante algún tipo de transacción por fuera de la empresa, y, por otra parte, entre distribuir directamente los productos hacia el consumidor final, conocida como integración hacia delante o hacerlo a través de otras empresas especializadas en la distribución. (Restrepo, 2006). Sin embargo, la aplicación de la integración vertical en el caso del sector salud, puede generar ciertas dificultades, debido a las características propias del sector y de la interacción entre la cadena productiva de servicios de salud con el seguro de salud (Gaynor, 2006).

Por otro lado, a pesar de que la información sobre la integración vertical en salud sea escasa, y de que la existente documentación se concentra básicamente en la experiencia de los Estados Unidos como un desarrollo espontáneo del mercado (Simoens y Scott, 1999); (Robinson y Casalino, 1996), se han llevado a cabo varias reformas a los sistemas de salud cuyo objetivo fue buscar un mayor desarrollo de la competencia entre planes de salud y prestadores de servicios, dichas reformas han propiciado que varios hechos se lleven a cabo sobre la organización industrial de estos mercados, lo cual llama la atención para el estudio del tema en cuanto a la contribución de tales hechos sobre aspectos como la eficiencia y la calidad, así como las necesidades que se derivan en materia de regulación. (Restrepo, 2006).

### **4.1. La Integración Vertical en el Sector Salud**

#### ***4.1.1. Tendencias anteriores y actuales de la integración vertical***

Cuando una aseguradora y una organización administradora de servicios de salud se integran verticalmente lo hacen para mejorar su posición en el mercado y aumentar sus ganancias. Ese resultado puede venir de dos fuentes. La primera de ellas de un aumento en la eficiencia de las dos firmas que permite elevar sus ganancias sin perjudicar a los consumidores o incluso mejorando su atención, o por una disminución de la calidad del servicio y en consecuencia, del bienestar de los usuarios.

La teoría propone que las integraciones verticales no ocurren a expensas del bienestar de los consumidores pues en un mercado competitivo cualquier pérdida de bienestar del consumidor final que se traduzca en ganancias exageradas para una firma inmediatamente es corregida por la competencia. Por otro lado, si los mercados no son competitivos, la integración

vertical no aumenta el poder de mercado de ninguna firma pero sí elimina una intermediación que podría ser ineficiente. (Carranza y Lambardi, 2014).

Se puede afirmar que existe poca información sobre estudios realizados acerca de los efectos de la integración vertical en las industrias, y mucho menos para el caso particular del sector salud. A pesar de ello, los pocos estudios existentes sobre los efectos de la integración vertical muestran poca evidencia de efectos negativos sobre el bienestar social. Estos estudios llegan a la conclusión de que la integración puede resultar en mayores precios si conduce a exclusión de empresas o a menores precios si conduce a mayor eficiencia, mas no se muestran evidencias de que resulten desfavorables para los consumidores finales.

En la práctica, si hay ganancias realizables de la integración de dos firmas independientes y esta integración no es permitida, las firmas querrán y podrán en muchos casos, diseñar contratos que remedien la integración. Los tipos más usuales de contrato que se usan en estos casos son las franquicias o las tarifas con varias partes y/o con cláusulas de mantenimiento de precio (Carranza y Lambardi, 2014).

Los autores Carranza y Lambardi afirman que, en el caso particular del sector salud el tipo de contrato más usado son los “contratos de capitación o exclusividad”, en los cuales la empresa le “vende” o trnasfiere sus pacientes a una organización administradora de salud, la cual, por una determinada cantidad de dinero acordada se dispondrá a atender a los pacientes.

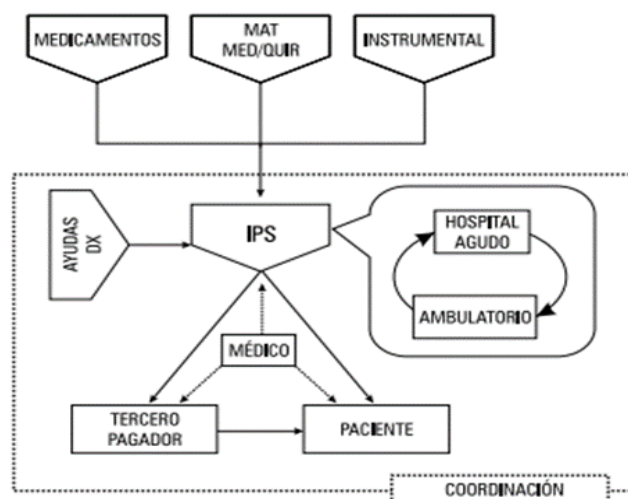
Por otro lado, existen otros razonamientos en contra de la integración vertical que exponen que se tendrá mayor cantidad incentivos para negar servicios altamente necesarios o con un costo elevado. Sin embargo, si se replica esta situación con servicios que deben ser cubiertos, se estaría generando ganancias mayores, y el mercado tendría que ser regulado mediante la competencia. Y, en el caso de que la competencia no pueda regularlo, se podría afirmar que se estaría enfrentando un caso de colusión.

Puntualmente, una característica sobresaliente de la integración vertical en el sector salud es que el personal médico no forma parte de la cadena vertical pero como experto sí determina la demanda de servicios después del primer contacto con su paciente. Esta situación, es descrita por el autor Evans (1981) como una integración vertical incompleta, debido a que a pesar de que a la organización necesita de los servicios del médico para su producción, este personal médica no forma parte de la empresa. Esto se diferencia del escenario en que el médico forma parte de la empresa, en donde sí se da una integración vertical completa entre el médico y su empleador.

Producir los servicios de salud es una acción específicamente compleja, ello debido a que el paciente se relaciona entre diversos prestadores de servicios, por ejemplo, entre varias clínicas o hospitales, o entre distintas especialidades según cuál sea su malestar, o escenarios de atención según sea el tratamiento a llevar a cabo, ya sea en un hospital, en su casa, en un centro especializado de rehabilitación, etc., y cambia entre estadios de su ciclo salud-enfermedad, fase aguda, posaguda, rehabilitación). Estas alternaciones ocurren en ambas direcciones y no en forma unidireccional. En sí, el paciente trata, convive y se comunica con más de un escenario o centro de atención y disciplinas del conocimiento, por esta razón es que se necesita de la labor de un coordinador, el cual debe hacer que todos los eslabones de la cadena de producción se interrelacionen como el objetivo de ser eficiente y mejorar la calidad.

A continuación, se puede apreciar la cadena vertical de producción en salud de acuerdo a Ramón Castaño:

**Figura 8: Cadena Vertical de Producción en Salud**



Fuente: Castaño (2004)

Anteriormente, el tipo de seguro tradicional que existía [...] era el de indemnización, en el cual no había relación alguna entre pagador y prestador. El usuario simplemente utilizaba cualquier prestador que estuviera autorizado para prestar servicios y luego el seguro le reembolsaba los gastos incurridos, con algunas limitaciones en términos de deducibles, copagos y topes (Castaño, 2004, p.42).

Este tipo de seguro se puede apreciar en la figura que se muestra a continuación:

**Figura 9: Esquema de Seguro de Indemnización**



Fuente: Castaño (2004)

De esta forma, según el análisis histórico de Robinson (1999) ello produjo un fenómeno de crecimiento acelerado en cuanto a los costos de la salud. Asimismo, debido a que los hospitales y los médicos se encontraban en una constante competencia directa por pacientes, se empezaron a equipar con tecnología necesaria para los procedimientos y aceleradamente absorbieron por este camino, una gran cantidad de recursos económicos. La mayor cantidad de los seguros de indemnización los pagaban los empleadores, el costo asociado a la inducción de la demanda y al riesgo moral simplemente se transfería a la prima, que era pagada por el patrono. En la medida en que los incrementos de las primas se agilizaban de forma drástica, los empleadores empezaron a reaccionar y a tratar de buscar un seguro más barato o al menos más eficiente. Como el único modo de poder controlar el crecimiento acelerado de las primas era establecer alguna relación entre el asegurador y el prestador que facilitara el control del gasto, aparecieron aseguradores que tenían esta relación estrecha, tal como se presenta en el gráfico siguiente: (Castaño, 2004).

**Figura 10: Esquema de Seguro Prepagado**



Fuente: Castaño (2004)

Con todo lo expuesto, se puede concluir que la integración vertical no es en sí misma ni mala ni buena. En la medida en que los mercados son menos imperfectos (es decir, más competitivos), es claro que ésta sólo puede ocurrir cuando contribuye a maximizar la eficiencia y calidad de un sector dado. Pero cuanto más imperfecto sea un mercado, no es necesariamente cierto que la integración vertical contribuya a maximizar la función objetivo de dicho sector.

#### 4.2. Ventajas y Desventajas de la Integración Vertical en Servicios de Salud

La literatura especializada señala que los procesos de integración vertical tienen ventajas y desventajas. A continuación se presenta una tabla que las resume:

**Tabla 2: Ventajas y Desventajas de la Integración Vertical**

Ventajas	Desventajas
Disminución de los conflictos entre aseguradores y prestadores en las relaciones contractuales	Pérdida de beneficios de la competencia, pues un eslabón integrado a otro termina anquilosándose, perdiendo productividad, eficiencia y calidad. Mediante la integración la institución prestadora se dedica a contener los costos, a realizar procedimientos mínimos o por debajo de los mínimos permisibles, a utilizar reactivos e insumos más baratos y medicamentos malos.
Disminución de las asimetrías de información con respecto a los procesos de producción a cargo del prestador	Efectos sobre el usuario, pues queda atrapado dentro de una red en la que no tiene opción de elegir. Sin embargo, también se reconoce que el usuario cuando elige EPS también está eligiendo la red de su preferencia; esto en contraposición al argumento de que cuando un asegurador crea su propia red genera un poder monopólico sobre la oferta.
Gestión del riesgo	La IV procura el desequilibrio que se presenta en la oferta de instituciones prestadoras como resultado de la construcción de nuevas clínicas por parte de la aseguradora.

Control o contención del gasto médico	Las EPS solo desean prestar aquellos servicios de mayor rentabilidad o donde el volumen de demanda permite disminuir costos y hacer importantes ahorros que no se lograrían si se contrata a terceros.
Ventajas de tipo económico para los aseguradores	Limitación a los usuarios de acceso a los servicios, y en algunos casos se estimula la adopción de seguros alternativos para poder satisfacer el deseo o la necesidad de elegir libremente al prestador.
Reducción de las ineficiencias, cuando las instituciones prestadoras desconocen los costos de prestación, o no tienen políticas de mejoras de calidad y optimización de procesos	Posición dominante en la relación contractual.
	Aniquilamiento del profesionalismo médico ante la imposición del interés corporativo. El riesgo ético de interferir sobre el libre y correcto ejercicio de la profesión médica se ha incrementado notoriamente con el proceso de privatización del aseguramiento.

Fuente: Restrepo (2006)

Según un proyecto de análisis sobre la integración vertical llevado a cabo por los autores Restrepo, Lopera y Rodríguez, se puede elaborar una lista de las principales ventajas y desventajas, que tanto personas en contra y a favor de la integración vertical han manifestado en diversos medios. Dentro de las diversas apreciaciones sobre dichas ventajas y desventajas se pueden destacar algunas como principales como:

a) Las que afirman que la integración vertical tiene consecuencias negativas para el sistema de salud, en específicamente tres aspectos básicos: el primero, que limita la competencia, fuente de motivación de la eficiencia de las empresas del mercado, ya que no sólo encapsula la elección del usuario sino que además se contempla como una desviación la integración con los servicios de salud complejos, de esta forma, la distribución de recursos no se

orientaría hacia los prestadores con mayor eficiencia sino hacia los prestadores que pertenecen al asegurador

b) la Integración Vertical se ha llevado a cabo mediante la modalidad de producción de nueva infraestructura en niveles complejos, y ello conlleva a consecuencias negativas en el aspecto financiero del país, ya que no explota las ventajas de la infraestructura.

c) Entre los tipos de Integración Vertical como por ejemplo, los contratos por capitación, también pueden verse de modo perjudicial, debido a que realizar este tipo de contratos implican la transferencia del riesgo al prestador de servicios, y dicho prestador no cuenta con la capacidad financiera ni técnica para poder asumirlos (Restrepo, 2006).

#### **4.3. Desempeño en calidad de empresas del sector salud integradas verticalmente**

El Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención, como el conjunto de características técnicas, científicas, humanas y materiales que debe tener la atención a los usuarios para satisfacer sus expectativas. Para ello en los documentos técnicos “Manual de Estándares e Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención y Hospitales” y “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, ha establecido los criterios mínimos de desempeño que permiten garantizar la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud del país (INEI, 2014).

El concepto de calidad también involucra la imagen que la empresa proyecta al exterior y la mejora continua de su servicio. En los últimos años, para las empresas pertenecientes al sector salud, sobre todo las empresas privadas, este concepto se ha convertido en uno de sus pilares; es por ello que han implementado estrategias de calidad en varios aspectos. Uno de esos aspectos es la calidad en servicio, de modo que se logre una buena atención y la satisfacción de las necesidades de los clientes.

Para la presente investigación, se tendrá como punto de referencia que la calidad del servicio se valida a través de la satisfacción de los clientes/pacientes/usuarios. Esta satisfacción está relacionada con factores como la atención por parte del personal encargado del servicio, si hay personal suficiente o no, si existe demora en la atención a los pacientes, el grado de comunicación existente entre el paciente y el personal, la mala o buena organización del servicio, etc.

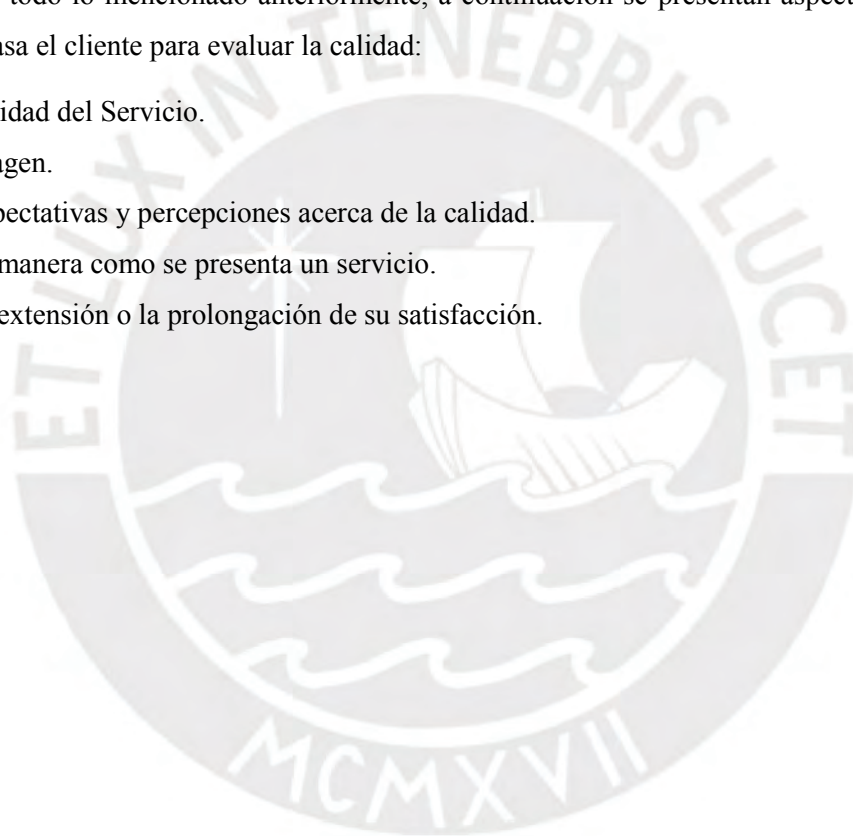
La clave reside en igualar o superar las expectativas de los pacientes en cuanto a calidad de servicio. Los consumidores quienes son los únicos que pueden emitir estas valoraciones, comparan el servicio percibido con sus expectativas de servicio; es decir,

si la percepción de calidad del servicio del personal y de los médicos es inferior a las expectativas de los pacientes, perderán interés en atenderse en estas entidades sean públicas o privadas; mientras si se alcanza o supera, estarán dispuestos a frecuentarlas (Díaz, S., 2017, p.9).

Cabe resaltar que, con respecto a la valoración de la calidad de servicio, el paciente/cliente/usuario cumple un rol muy importante, ya que es quien determina el nivel de excelencia del servicio. Por el otro lado, las empresas deberán hacer promesas para alcanzar sus objetivos, siempre distinguiéndose de las demás y tratando de reducir la brecha que pueda existir en la realidad y las expectativas de los clientes (MINSA, 2015).

Por todo lo mencionado anteriormente, a continuación se presentan aspectos sobre los cuales se basa el cliente para evaluar la calidad:

- a) Calidad del Servicio.
- b) Imagen.
- c) Expectativas y percepciones acerca de la calidad.
- d) La manera como se presenta un servicio.
- e) La extensión o la prolongación de su satisfacción.



## CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación requirió de una amplia revisión de documentos académicos relacionados a temas de Sector Salud, la cual se complementó con teoría económica y organizacional, temas que se encuentran debidamente descritos en el marco teórico. Los documentos antes mencionados fueron consultados en medios físicos y virtuales.

Según Hernández, Fernández & Baptista (2010, pp.101-111) existen cuatro tipos de investigación: exploratoria, descriptiva, correlativa y explicativa.

- a) Investigación exploratoria: o también llamada estudio piloto, abarca un tema poco estudiado o estudiado por primera vez.
- b) Investigación descriptiva: detalla los hechos tal como son observados.
- c) Investigación correlativa: estudia la relación entre variables dependientes e independientes consideradas válidas en un tema determinado.
- d) Estudio explicativo: detalla las razones por las cuales ocurren ciertos hechos, propone relaciones causales.

Por lo tanto, la presente investigación tiene un alcance descriptivo, ya que la finalidad es recaudar información detallada sobre el fenómeno de la integración vertical y su efecto en la calidad del servicio al paciente, medido por su satisfacción a través del método SERVQUAL que se presenta más adelante en este capítulo.

### 1. Diseño de la Investigación

Esta investigación presenta un diseño cuantitativo, ya que emplea herramientas que permiten determinar indicadores para el análisis numérico y el establecimiento de conclusiones fundamentadas en la precisión de los datos.

Además, es transversal debido a que se recolectará información de un período de tiempo específico, midiendo las expectativas y percepciones de los pacientes que acuden a las clínicas que son los sujetos de estudio.

Los datos recogidos fueron recolectados en el lapso aproximado de una semana para cada clínica. Las fechas en que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

- Para la clínica sin integración vertical (SIV): Del lunes 28 de agosto al lunes 4 de setiembre.
- Para la clínica con integración vertical (CIV): Del lunes 11 de setiembre al lunes 18 de setiembre.

“Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández et al, 2010, p. 151). Esto se da también debido a que en la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (2011) se detalla que, el periodo de aplicación de la encuesta para los casos de consulta externa, debe ser un periodo no mayor de 7 ni mayor de 14 días. Esto debido a que existe la variabilidad de las expectativas y percepciones del usuario externo y de acuerdo al flujo de atenciones por día en los servicios de salud, ocasionado por la mayor demanda del servicio de algunos días de la semana en comparación con otros.

## **2. Alcance de la Investigación**

Hernández, Fernández y Baptista afirman que “el alcance de la investigación resulta de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio; asimismo, esta depende de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio” (Hernández et al, 2010, p.75).

El diseño de la presente investigación tiene un alcance descriptivo, ya que la finalidad es recaudar información detallada sobre el fenómeno de la integración vertical y su efecto en la calidad del servicio al paciente, medido por su satisfacción a través del método SERVQUAL. Adicionalmente se refuerza la elección de este instrumento dado que es el mismo que se utiliza en todas las investigaciones que realiza la Dirección de Calidad en Salud del MINSA para medir la Satisfacción del Usuario (MINSA, 2009) que se presenta más adelante en este capítulo.

“Con los estudios descriptivos se busca [...] medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas.” (Hernández et al, 2010, p. 92)

También puede señalarse que esta investigación corresponde al tipo correlacional en dos situaciones diferenciadas y comparables: la primera con la presencia de la integración vertical; la otra con la ausencia de integración vertical, y ambos se relacionan con la variable de la calidad, medida según la satisfacción del cliente.

“Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables.” (Hernández et al, 2010, p. 93).

### **3. Población y Selección de la Muestra**

#### **3.1. Población**

En la presente investigación se encuentran dos universos, uno de ellos está conformado por los usuarios (pacientes o persona acompañante que lleva al paciente a la clínica) de la clínica la cual pertenece al tipo de organización con integración vertical - CIV; mientras que el otro está conformado por los usuarios (pacientes o persona acompañante que lleva al paciente a la clínica) de la clínica que no presenta integración vertical -SIV. Dichos usuarios acudieron a las clínicas mencionadas durante periodos previos a la aplicación de la encuesta e incluso durante la aplicación de la misma.

Asimismo, la población objetivo está conformada por usuarios (pacientes o persona acompañante que lleva al paciente a la clínica) varones y mujeres, con edades de 20 a 60 años que solicitaron los servicios de las clínicas mencionadas, ambas ubicadas en Lima Metropolitana.

Cabe mencionar que, de acuerdo a la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (2011), se excluyeron las siguientes personas:

- Acompañantes de usuarios menores de 18 años y de aquellos que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Usuarios o familiar que no desee participar en el estudio.
- Usuarios o familiar que no desee participar en el estudio.
- En el caso de que un usuario no otorgue su consentimiento deberá encuestar al inmediato siguiente.

### 3.2. Muestreo

El Plan Muestral utilizado es un esquema clásico de diseño probabilístico con selección aleatoria. La muestra está por cuotas no cruzadas que contemplarán las variables:

- a) Sexo: Hombre y Mujer
- b) Rangos de Edad: [20 – 39] y [40 – 60]

Los rangos de edad mostrados anteriormente, fueron seleccionados principalmente por varios motivos. El primero de ellos es que la mayor concentración de población se encuentra entre los 20 y 60 años, el segundo motivo es que las personas que se están en ese rango de edad, tienen una capacidad mayor de realizar evaluaciones más objetivas. Sin embargo, cabe resaltar que, en la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (2011) se menciona que las personas aptas para realizar el llenado deben ser mayores de 18 años; por ende, la muestra es válida.

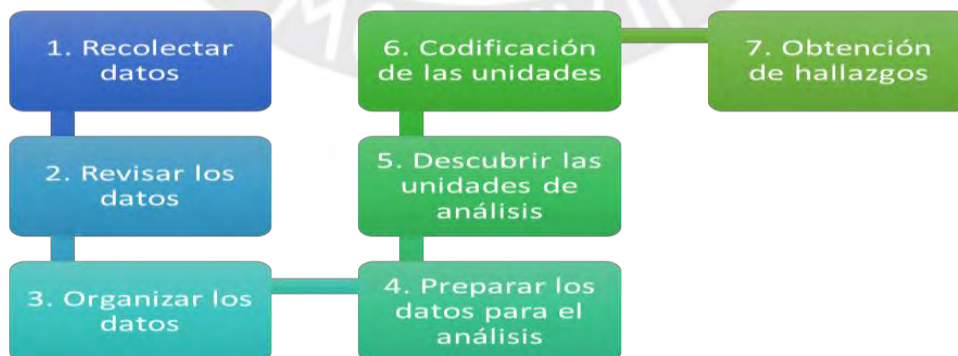
Por otro lado, el tamaño de la muestra es de 264 casos distribuidos equitativamente entre ambas clínicas; es decir, 132 encuestados en la clínica sin integración vertical y 132 encuestados para la clínica con integración vertical.

Es necesario señalar que este estudio es importante debido a que la relación causa-efecto tiene más precisión cuando no se incluyen otras variables específicas, por ello los sujetos de estudio son: una clínica con integración vertical; y otra, sin integración.

### 3.3. Procesamiento de Recolección de Datos

En el presente apartado se muestra la manera cómo se recolectaron los datos cuantitativos en ambas clínicas.

**Figura 11 : Proceso de elaboración del informe**



Fuente: Hernández (2010)

Los datos de las encuestas fueron recolectados en las salas de espera de los consultorios externos de las dos clínicas sujetos de estudio durante el periodo mencionado anteriormente.

Los encuestados tenían la opción de elegir si la encuesta la llenaban ellos mismos o si las personas encuestadoras les leían las preguntas y ellos seleccionaban la escala de valoración.

El tiempo promedio para responder cada encuesta por parte de los usuarios fue de 15 minutos, lo cual confirma el tiempo que se establece en la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (2011). Sin embargo, cabe resaltar que en algunos casos, los encuestados pasaron los 15 minutos debido a que se explayaban en sus respuestas.

Luego de la recolección de datos, los resultados de las encuestas fueron ingresados manualmente en una hoja de cálculo y analizados con el software estadístico SPSS.

#### **4. Herramienta de la Investigación**

##### **4.1. Herramienta Cuantitativa: Método SERVQUAL**

Los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry en su libro “SERVQUAL, a multiple- item scale for measuring consumer perceptions of services quality”, describen como desarrollaron el método SERVQUAL (Service Quality), un instrumento de medición de la calidad percibida, comprendiendo las expectativas y las percepciones de los clientes.

“SERVQUAL es una escala concisa de múltiples elementos con buena confiabilidad y validez que los minoristas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones de los consumidores sobre los servicios y, en consecuencia, mejorar el servicio. El instrumento ha sido diseñado para ser aplicado a través de un amplio espectro de servicios. Como tal, proporciona un esqueleto básico a través de su formato de expectativas / percepciones que abarca las declaraciones para cada una de las cinco dimensiones de la calidad del servicio. El esqueleto, cuando es necesario, puede ser adaptado o suplementado para ajustarse a las características o necesidades de investigación específicas de una organización en particular” (Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L., 1988).

Para el caso de la presente investigación se ha utilizado el SERVQUAL para medir la diferencia entre las expectativas y percepciones de los usuarios (pacientes o no) de las dos clínicas seleccionadas, teniendo en cuenta que esta Metodología se detalla en la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo (2011), en donde se explica que cuenta con una escala multidimensional elaborada por Parasuraman diseñada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios privados; y que, en ese contexto el Ministerio de Salud ha asumido la

metodología con pequeñas modificaciones en el modelo y el contenido del cuestionario, obteniendo la metodología SERVQUAL Modificado ya que define la calidad de atención como la brecha o diferencia (P-E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos, por su validez y alta confiabilidad, implementándose en los servicios de salud de nuestro país. El análisis de los datos contribuye a identificar la expectativa y percepción de los pacientes que acuden a los servicios de salud el nivel de satisfacción global y las principales causas de insatisfacción como oportunidades de mejora de la calidad de atención.

#### **4.2. Confiabilidad del método**

Para la presente investigación se utiliza el Coeficiente Alfa de Cronbach para la correspondiente evaluación del instrumento a aplicar. (Cortina, 1993).

Cabe resaltar que para que se hable de que el instrumento es idóneo, y que se pueda utilizar con toda la confianza se requiere que cumpla con dos requisitos: confiabilidad y validez” (González, 2008).

“La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, mientras que la confiabilidad es el “Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (Hernández 2010 citado en Bojórquez, López, Hernández y Jimenez 2013).

El Coeficiente Alfa de Cronbach, requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente” (Hernández et al, 2010, p. 200). Dicho índice puede ser calculado mediante el software estadístico SPSS.

Asimismo, se sabe que “El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja” (Celina y Campo 2005 citado en Bojórquez, López, Hernández y Jimenez 2013). Este valor manifiesta la consistencia interna, es decir, muestra la correlación entre cada una de las preguntas; un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas. No es común, pero el alfa de Cronbach puede arrojar un valor negativo, esto indica un error en el cálculo o una inconsistencia de la escala (Bojórquez, López, Hernández y Jimenez, 2013).

## 5. Limitaciones de la Investigación

La principal limitación al realizar la investigación fue el acceso a las clínicas objetivo, ya que la información con los pacientes es sensible para éstas. Por esta razón es que solo una de ellas permitió el acceso de manera formal para el llenado de encuestas, pero sin utilizar el nombre de la institución; mientras que la otra clínica no dio una autorización formal, por lo que se tuvo que ir a la clínica y encuestar con cuidado a los pacientes.



## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de la validación del instrumento aplicado, la información demográfica de la muestra utilizada, los resultados del Servqual y finalmente la comparación de los resultados para la prueba de la hipótesis.

Como ya se ha señalado, una limitación del estudio fue que si bien una de las clínicas estudiadas permitió la realización de las encuestas con sus usuarios, no concedió el permiso de publicar su nombre en la investigación; mientras que con respecto a la otra clínica, al no aprobarnos formalmente el proceso de encuesta, no podíamos publicar su nombre; por ende, se optó por nombrarlas conforme a la tabla que se muestra a continuación:

**Tabla 3: Denominación de las Clínicas Estudiadas**

<b>Denominación</b>	<b>Significado</b>
Clínica CIV	Clínica con Integración Vertical
Clínica SIV	Clínica sin Integración Vertical

En ambas clínicas se trabajó con una muestra no estratificada de 132 casos (superior al mínimo de casos requeridos, según el diseño de la muestra) compuesta por personas de ambos sexos, que tenían de 20 a 60 años de edad y que eran pacientes o acompañantes de los pacientes asistentes a la clínicas sujeto de estudio.

La muestra fue estudiada a través del Instrumento Servqual, el cual es un cuestionario compuesto de 2 secciones: Expectativas y Percepciones, que a través de 22 ítems en cada sección; permite hacer una comparación para determinar en qué grado los usuarios califican un servicio (Percepciones) que utilizan, basándose en sus propios parámetros de satisfacción (Expectativas).

Cada ítem posee una calificación de 1 a 7, considerando 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación. Además cada uno de los ítems de ambas secciones, se está relaciona según su orden al interior de las mismas.

**Tabla 4: Relación de ítems, según orden en las secciones del SERVQUAL**

<b>Ítem</b>	<b>Expectativas</b>	<b>Percepciones</b>
01	Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención de la consulta externa	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención de la consulta externa?
02	Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	¿El médico le atendió en el horario programado?
03	Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?
04	Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención	¿Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención?
05	Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?
06	Que la atención en caja o en módulo de admisión sea rápida	¿La atención en caja o en módulo de admisión fue rápida?
07	Que la atención para tomarse exámenes de laboratorio sea rápida	¿La atención para tomarse exámenes de laboratorio fue rápida?
08	Que la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otro) sea rápida	¿La atención para tomarse exámenes de radiografía fue rápida?
09	Que la atención en la farmacia sea rápida	¿La atención en la farmacia fue rápida?
10	Que durante su atención se respete su privacidad	¿Se respetó su privacidad durante la atención en el consultorio?
11	Que el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cuál será atendido	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?

Ítem	Expectativas	Percepciones
12	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?
13	Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza	¿El médico que atendió su problema de salud le inspiró confianza?
14	Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?
15	Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?
16	Que Usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?
17	Que Usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: medicamentos, dosis y efectos adversos	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibirá medicamentos, dosis y efectos adversos?
18	Que Usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?
19	Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes	¿Los carteles, letreros y flechas de la consulta externa son adecuados para orientar a los pacientes?
20	Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?

21	Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención	¿Los consultorios contaron con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?
22	Que el consultorio y sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos	¿El consultorio y sala de espera se encontraban limpios y fueron cómodos?

Además estos ítems se agrupan según las cinco dimensiones la siguiente tabla:

**Tabla 5: Agrupación de ítems, según la Dimensión SERVQUAL**

Dimensión	Ítems (Expectativas-Percepciones)
Fiabilidad	01, 02, 03, 04, 05
Capacidad de Respuesta	06, 07, 08, 09
Seguridad	10, 11, 12, 13
Empatía	14, 15, 16, 17, 18
Elementos Tangibles	19, 20, 21, 22

## 1. Validación del Instrumento

Con el objetivo de validar el instrumento aplicado, se realizó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de las 5 dimensiones de las 2 secciones del cuestionario: Expectativas y Percepciones. Este cálculo se realizó para cada una de las clínicas estudiadas.

Además se tuvo en consideración que por teoría estadística, un instrumento se considera confiable cuando su Alfa de Cronbach posee valores alrededor de 0.7. (Cronbach, 1951).

### 1.1. Clínica CIV

El cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach se realizó en cada una de las 5 dimensiones pertenecientes a las expectativas y percepciones: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Elementos Tangibles.

Los resultados correspondientes a las expectativas y percepciones del Coeficiente Alfa de Cronbach fueron de 0.810 y 0.830 en Fiabilidad, de 0.925 y 0.883 en Capacidad de Respuesta, de 0.923 y 0.831 en Seguridad, de 0.901 y 0.901 en el caso de Empatía y de 0.730 y 0.671 para Elementos Tangibles. Con estos resultados se pudo aceptar la confiabilidad del instrumento, ya que se superó el valor de 0.7 señalado anteriormente.

**Tabla 6: Alfa de Cronbach – Clínica CIV**

Dimensiones	Clínica CIV	
	Expectativas	Percepciones
Fiabilidad	.810	.830
Capacidad de Respuesta	.925	.883
Seguridad	.923	.831
Empatía	.901	.901
Elementos Tangibles	.730	.671

## 1.2. Clínica SIV

En el caso de la Clínica SIV, el Coeficiente Alfa de Cronbach también se realizó en cada una de las 5 dimensiones pertenecientes a las expectativas y percepciones.

Los resultados del Alfa de Cronbach correspondientes a las secciones de expectativas y percepciones fueron de 0.875 y 0.763 en Fiabilidad, de 0.910 y 0.801 para Capacidad de Respuesta, de 0.919 y 0.899 para Seguridad, de 0.920 y 0.930 en el caso de Empatía y de 0.850 y 0.844 para Elementos Tangibles.

De la misma manera, los resultados de los coeficientes de Alfa de Cronbach permitieron validar la confiabilidad del instrumento.

**Tabla 7: Alfa de Cronbach – Clínica SIV**

Dimensiones	Clínica SIV	
	Expectativas	Percepciones
Fiabilidad	.875	.763
Capacidad de Respuesta	.910	.801
Seguridad	.919	.899
Empatía	.920	.930
Elementos Tangibles	.850	.844

## 2. Características de los Encuestados

A continuación se describen las características sociodemográficas de los encuestados en la Clínica CIV y la Clínica SIV. En ambos casos se tuvo una muestra compuesta de 132 individuos de ambos sexos, pertenecientes al grupo de 20 a 60 años de edad. Esta muestra se segmentó en 2 grupos (según la edad): 20 a 39 años y 40 a 60 años de edad para un mejor entendimiento y análisis.

### 2.1. Clínica CIV

#### a. Características Demográficas

El 39% de los encuestados de la Clínica CIV fue de sexo masculino; mientras el otro 61% era de sexo femenino.

**Tabla 8: Sexo de los Encuestados**

Sexo	Casos	%
Hombre	51	38.6
Mujer	81	61.4
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

Respecto a las edades, el 52% de los encuestados poseía entre 20 a 39 años y el 48% restante de 40 a 60 años de edad.

**Tabla 9: Encuestados según grupos de edad**

Grupo de Edad	Casos	%
20-39	69	52.3
40-60	63	47.7
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

En lo que respecta al nivel educativo, el 4% de los encuestados tenía secundaria completa, otro 41% nivel técnico superior y el 55% restante era de nivel universitario.

**Tabla 10: Nivel Educativo**

<b>Nivel Educativo</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Secundaria	5	3.8
Superior Técnico	54	40.9
Superior Universitario	73	55.3
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

*b. Características frente a la Clínica*

El 84% de la muestra utilizada en la clínica CIV estuvo compuesta por pacientes de la misma, mientras que el 16% restante por acompañantes de los pacientes.

**Tabla 11: Condición de los Encuestados**

<b>Condición</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Paciente	111	84.1
Acompañante	21	15.9
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

Además, el 3% acudía por primera vez mientras que el otro 97% tenía calidad de recurrente.

**Tabla 12: Tipo de Usuarios**

<b>Tipo de Usuario</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Nuevo	4	3.0
Recurrente	128	97.0
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

En cuanto al aseguramiento, el 93% poseían afiliación a un seguro (EPS, SOAT, etc.) mientras que el 7% restante no.

**Tabla 13: Seguro**

Tipo de Seguro	Frecuencia	Porcentaje
Asegurado	123	93.2
Sin seguro	8	6.8
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

## 2.2. Clínica SIV

### a. Características Demográficas

El 32% de los encuestados de la Clínica SIV fue de sexo masculino; mientras el 68% restante era de sexo femenino.

**Tabla 14: Sexo de los Encuestados**

Sexo	Casos	%
Hombre	42	31.8
Mujer	90	68.2
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

Respecto a las edades, el 51% de los encuestados poseía entre 20 a 39 años de edad, mientras que el 49% restante poseía de 40 a 60 años.

**Tabla 15: Encuestados según grupos de edad**

Grupo de Edad	Casos	%
20-39	67	50.8
40-60	65	49.2
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

En cuanto a nivel educativo, el 8% de los encuestados tenía secundaria completa, otro 24% nivel técnico superior y el 68% restante era de nivel universitario.

**Tabla 16: Nivel Educativo**

<b>Nivel Educativo</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Secundaria	10	7.6
Superior Técnico	32	24.2
Superior Universitario	90	68.2
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

**b. Características frente a la Clínica**

El 81% de la muestra utilizada en la clínica SIV estaba compuesta por pacientes de la misma, mientras que el 19% restante por acompañantes de los pacientes.

**Tabla 17: Condición de los Encuestados**

<b>Condición</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Paciente	107	81.1
Acompañante	25	18.9
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

Además, el 16% acudía por primera vez mientras que el otro 84% tenía calidad de recurrente.

**Tabla 18: Tipo de Usuarios**

<b>Tipo de Usuario</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Nuevo	21	15.9
Recurrente	111	84.1
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

En cuanto al aseguramiento, el 92% poseían afiliación a un seguro (EPS, SOAT, etc.) mientras que el 8% restante no.

**Tabla 19: Seguro**

Tipo de Seguro	Frecuencia	Porcentaje
Asegurado	121	91.7
Sin seguro	11	8.3
Total	132	100.0



### 3. Resultados del SERVQUAL

Los resultados de la aplicación del SERVQUAL se obtuvieron a través de la aplicación de medias a las expectativas, percepciones e índices (P-E). Para calificar tanto las expectativas como las percepciones se estableció la escala de 1 a 7, la cual considera 1 como la menor calificación y 7 como la mayor. El índice (P-E) se obtuvo a través de las diferencias entre las medias de las percepciones menos las medias de las expectativas, y al resultado se le sumó siete unidades (7); a fin de no contar con valores negativos en estos resultados. Para evaluar el índice (P-E), se consideró la teoría de Gierl (1995), generándose la siguiente clasificación del grado de satisfacción de los clientes.

**Tabla 20: Escala de Índices de Satisfacción de los Usuarios**

Índice (P-E)	Grado de Satisfacción
$(P-E) < 7$	Insatisfacción del Usuario
$(P-E) = 7$	Indiferencia del Usuario
$(P-E) > 7$	Satisfacción del Usuario

Los resultados se evaluaron por cada ítem y posteriormente se realizaron las agrupaciones a fin de obtener resultados por cada una de las 5 dimensiones consideradas en el instrumento. Esta variedad de indicadores permitió un análisis a profundidad de la información.

#### 3.1. Clínica CIV

En el caso de la clínica CIV, la media de las expectativas fue de 6.760 con valores dentro comprendidos entre 6.402 y 6.947, y una desviación estándar de 0.168 unidades. La media de las percepciones fue de 6.089 con valores dentro comprendidos entre 5.235 y 6.682, y una desviación estándar de 0.325 unidades. Respecto al índice (P-E) se encontró una insatisfacción con una media de 6.329, producto de valores comprendidos entre 5.371 y 6.833, y una desviación típica de 0.329.

**Tabla 21: Resultados de SERVQUAL en Clínica CIV, según ítem**

Ítem	Expectativas	Percepciones	(P-E)
01	6.697	6.136	6.439
02	6.864	5.235	5.371
03	6.894	5.758	5.864
04	6.841	5.902	6.061
05	6.652	5.924	6.273
06	6.553	5.697	6.144
07	6.652	5.977	6.326
08	6.644	5.947	6.303
09	6.402	6.235	6.833
10	6.932	6.629	6.697
11	6.924	6.424	6.500
12	6.939	5.811	5.871
13	6.871	6.402	6.530
14	6.644	5.886	6.242
15	6.833	6.356	6.523
16	6.894	6.197	6.303
17	6.894	6.189	6.295
18	6.902	6.152	6.250
19	6.409	6.121	6.712
20	6.561	5.886	6.326
21	6.947	6.682	6.735
22	6.780	6.409	6.629
Media	6.760	6.089	6.329
Desv. Estándar	0.168	0.325	0.329
Min	6.402	5.235	5.371
Max	6.947	6.682	6.833

Posteriormente se realizó el análisis de resultados, según las 5 dimensiones consideradas por el SERVQUAL. En el caso de la Fiabilidad las expectativas poseen una media de 6.789, las percepciones una media de 5.791 y, el índice (P-E) una media de 6.002. La capacidad de respuesta posee una media de 6.563 en las expectativas, una media de 5.964 en las percepciones y una media de 6.402 en el índice (P-E). En la seguridad, las medias para las expectativas, percepciones e índices (P-E) son de 6.917, 6.316 y 6.400 respectivamente. La empatía posee medias de 6.833, 6.156 y 6.323 para las expectativas, percepciones e índices (P-E) respectivamente. Finalmente en los Elementos Tangibles, las expectativas poseen una media de 6.674, las percepciones una media de 6.275 y el índice (P-E) una media de 6.600.

**Tabla 22: Resultados de SERVQUAL en la Clínica CIV para cada una de las 5 Dimensiones**

Dimensiones	Expectativas	Percepciones	(P-E)
Fiabilidad	6.789	5.791	6.002
Capacidad de Respuesta	6.563	5.964	6.402
Seguridad	6.917	6.316	6.400
Empatía	6.833	6.156	6.323
Elementos Tangibles	6.674	6.275	6.600

### 3.2. Clínica SIV

En el caso de la clínica SIV, la media obtenidas en las expectativas fue de 6.633 con valores dentro comprendidos entre 6.402 y 6.803, y una desviación estándar de 0.130 unidades. La media de las percepciones fue de 6.151 con valores dentro comprendidos entre 5.598 y 6.545, y una desviación estándar de 0.257 unidades. Respecto al índice (P-E) se encontró una insatisfacción con una media de 6.518, producto de valores comprendidos entre 6.076 y 6.826, y una desviación típica de 0.163.

**Tabla 23: Resultados de SERVQUAL en la Clínica SIV, según ítem**

Ítem	Expectativas	Percepciones	(P-E)
01	6.455	6.106	6.652
02	6.545	5.773	6.227
03	6.621	6.182	6.561
04	6.727	6.371	6.644
05	6.523	5.598	6.076
06	6.530	5.864	6.333
07	6.515	5.955	6.439
08	6.492	5.826	6.333
09	6.462	5.864	6.402
10	6.720	6.545	6.826
11	6.788	6.341	6.553
12	6.803	6.386	6.583
13	6.773	6.470	6.697
14	6.697	6.250	6.553
15	6.727	6.409	6.682
16	6.803	6.371	6.568
17	6.765	6.295	6.530
18	6.742	6.326	6.583
19	6.402	5.939	6.538
20	6.485	5.947	6.462
21	6.735	6.333	6.598
22	6.621	6.167	6.545
Media	6.633	6.151	6.518
Desv. Estándar	0.130	0.257	0.163
Min	6.402	5.598	6.076
Max	6.803	6.545	6.826

Posteriormente también se realizó el análisis de resultados, según las 5 dimensiones del SERVQUAL. La Fiabilidad obtuvo en las expectativas una media de 6.574, mientras que en las percepciones una media de 6.006 y en el índice (P-E), una media de 6.432. La capacidad de respuesta obtuvo una media de 6.500 en las expectativas, una media de 5.877 en las percepciones y una media de 6.377 en el índice (P-E). En la seguridad obtuvo medias de 6.771, 6.436 y 6.665 para expectativas, percepciones e índices (P-E) respectivamente. La empatía obtuvo en las expectativas, percepciones e índices (P-E) una medias de 6.747, 6.330 y 6.583 respectivamente. Finalmente en los Elementos Tangibles, las expectativas obtuvieron una media de 6.561, las percepciones una media de 6.097 y el índice (P-E) una media de 6.536.

**Tabla 24: Resultados de SERVQUAL en la Clínica SIV para cada una de las 5 Dimensiones**

Clínica SIV	Expectativas	Percepciones	(P-E)
Fiabilidad	6.574	6.006	6.432
Capacidad de Respuesta	6.500	5.877	6.377
Seguridad	6.771	6.436	6.665
Empatía	6.747	6.330	6.583
Elementos Tangibles	6.561	6.097	6.536

#### 4. Comparación de Resultados del SERVQUAL en Ambas Clínicas

Dado que la encuesta basada en la metodología SERVQUAL es una herramienta que permite medir la satisfacción a través de la relación entre las expectativas y las percepciones y, que cada paciente tiene sus propios estándares de expectativas y percepciones; la variable seleccionada para realizar el análisis comparativo entre ambas clínicas fue el Índice (P-E). Esta variable, como ya se ha explicado previamente, es el grado de satisfacción del usuario; obtenida a través de la relación entre las percepciones y expectativas. Evidentemente al ser un indicador positivo, será más óptimo en la medida que incremente su valor.

Dada la necesidad de comparar los resultados obtenidos mediante el SERVQUAL en ambas clínicas, se construyó una tabla utilizando la información obtenida anteriormente. En ella se observa que si bien, en ambas clínicas existe insatisfacción por parte del usuario; la media del índice (P-E) en la Clínica CIV es de 6.329, mientras que en la Clínica SIV la media del índice (P-E) es de 6.518; evidenciándose que el grado de insatisfacción en la Clínica SIV es menor al de la Clínica CIV, ya que su indicador es más óptimo al realizar la comparación.

Los resultados de la Tabla son bastante concluyentes ya que evidencian que la Clínica CIV posee en promedio, menor grado de satisfacción que la Clínica SIV. Además, los máximos, mínimos y la desviación estándar muestran que los índices (P-E) de la Clínica CIV tienen más variación (mayor promedio de distancias respecto a la media) y oscilan entre valores menores que los índices de la Clínica SIV.

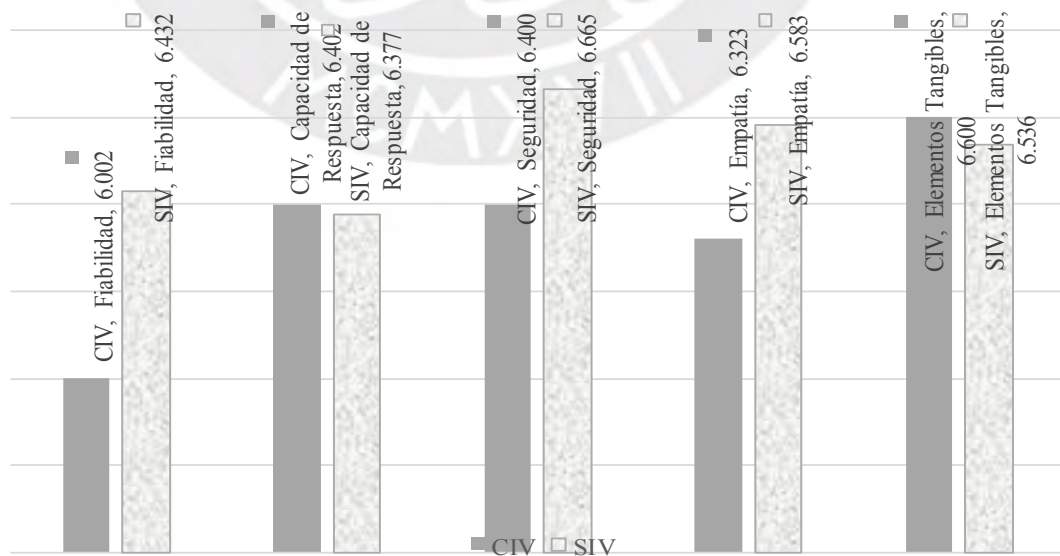
**Tabla 25: Comparación de Resultados SERVQUAL, según ítem**

Ítem	Clínica CIV	Clínica SIV
01	6.439	6.652
02	5.371	6.227
03	5.864	6.561
04	6.061	6.644
05	6.273	6.076
06	6.144	6.333
07	6.326	6.439
08	6.303	6.333
09	6.833	6.402
10	6.697	6.826
11	6.500	6.553
12	5.871	6.583
13	6.530	6.697

14	6.242	6.553
15	6.523	6.682
16	6.303	6.568
17	6.295	6.530
18	6.250	6.583
19	6.712	6.538
20	6.326	6.462
21	6.735	6.598
22	6.629	6.545
Media	6.329	6.518
Desv. Estándar	0.329	0.163
Min	5.371	6.076
Max	6.833	6.826

Analizando la información por cada una de las dimensiones se puede apreciar que en la Clínica CIV, la medias de los índices (P-E) para la Fiabilidad, Seguridad y Empatía, son menores en 7%, 4% y 4% respectivamente; comparadas con las medias de los mismos índices en la Clínica SIV. En el caso de Capacidad de Respuesta y Elementos Tangibles, la Clínica CIV posee medias de índices (P-E) mayores o más óptimos que la Clínica SIV, sin embargo estas diferencias no son significativas.

**Figura 12 12: Comparación de Resultados SERVQUAL, según las 5 Dimensiones**



A fin generalizar los resultados obtenidos en las cinco dimensiones, se elaboró la Tabla 26. En ella se aprecia que el promedio de los índices (P-E) de las cinco dimensiones es menor en la Clínica CIV (comparado con la Clínica SIV), además como muestra el análisis de máximos y mínimos, sus valores se encuentran dentro de límites menores a los de los índices (P-E) de la Clínica SIV; y a través de la desviación estándar se observa que sus datos presentan incluso mayor dispersión.

**Tabla 26: Comparación de Resultados Generalizados en SERVQUAL, para las 5 Dimensiones**

Dimensión	CIV	SIV
Fiabilidad	6.002	6.432
Capacidad de Respuesta	6.402	6.377
Seguridad	6.400	6.665
Empatía	6.323	6.583
Elementos Tangibles	6.600	6.536
Promedio	6.345	6.519
Min	6.002	6.377
Max	6.600	6.665
Desv. Estándar	0.195	0.103

## CAPITULO V: CONCLUSIONES

En este capítulo se presenta las conclusiones a las que se ha llegado con esta investigación:

1. El análisis presentado en el marco teórico nos permitió concluir que la «integración vertical» es uno de los tipos de control en la propiedad y gestión de una industria. En ésta, dos o más eslabones de una cadena productiva y/o servicios relacionados se consolidan en una misma unidad corporativa. Pero este tipo de integración se contempla únicamente en los casos en que los procesos son complementarios, o en los cuales es evidente una disminución de costes o ventajas tecnológicas o de localización.
2. Los principales autores consultados coinciden en que la principal razón por la cual las empresas tendrían incentivos para integrarse son los elevados costos de transacción, entre productores que están situados en la cadena de valor uno a continuación del otro.
3. Algunos autores agregan otro motivo por el cual se daría la integración vertical, que es evitar la «doble marginalización». La integración en este caso redundaría en mayores beneficios conjuntos.
4. La integración vertical puede significar mayores beneficios para la empresa cuando disminuye los costos, asegura el abastecimiento de insumos y partes o servicios especializados y en definitiva le permite ofrecer un bien o servicio superior a sus consumidores finales.
5. La práctica de la integración vertical se ha extendido en diversos mercados empresariales, dentro de ellos, el sector salud. Al presente, el sector salud privada en el Perú existen clínicas integradas y no integradas verticalmente.
6. Esta diferenciación podría influir en la calidad del servicio y cómo es percibido por sus clientes que son los pacientes. Este cuestionamiento se origina al constatar que el sistema integrado de salud es utilizado por los grupos económicos poderosos que persiguen un fin lucrativo.
7. Para poder corroborar la validez de estos cuestionamientos fue necesario, primero la selección de una herramienta que pueda medir la satisfacción de los pacientes, para lo cual se eligió SERVQUAL, aprobada bajo Resolución Ministerial No 527-2011/MINSA. En segundo lugar, fue necesaria la selección de clínicas como sujetos estudio de la presente tesis. Debe advertirse, sin embargo, que el acceso a la información y a los permisos para entrevistas y encuestas fueron escasos.
8. Asimismo, debe reconocerse que la herramienta SERVQUAL ha sido validada en la evaluación de servicios públicos. Estos son los casos de medición de calidad en educación, transporte y salud. En este caso se optó por aplicarla a entidades privadas.

9. La aproximación desarrollada en este trabajo fue de naturaleza comparativa aplicando la herramienta a una clínica con integración vertical y otra sin integración vertical. A pesar de presentar distintos modelos de negocio, estas clínicas presentaban ciertas similitudes con respecto a la segmentación del mercado.
10. La aplicación de esta herramienta permitió conocer la calidad percibida por los pacientes a través de la medición de sus expectativas y percepciones, dando como resultado una brecha poco significativa.
11. La Clínica con Integración Vertical (CIV) presentó un menor grado de satisfacción respecto a la calidad del servicio, que la Clínica Sin Integración Vertical (SIV). La primera obtuvo menores índices en el grado de satisfacción de calidad de servicio que la segunda en tres de las cinco dimensiones.
12. Las dimensiones en que la Clínica de Integración Vertical (CIV) tuvo resultados inferiores fueron: Fiabilidad, Seguridad y Empatía. La Fiabilidad es la información que brinda el personal sobre los procesos de la cita médica, así como el cumplimiento de los horarios y las programaciones. La Seguridad refiere a la calidad de la atención dentro del consultorio brindada por el médico, el cual es parte del staff de médicos. La Empatía abarca los procesos post revisión médica del paciente, como la explicación de los procedimientos a seguir para el tratamiento.
13. En las otras dos dimensiones, Capacidad de Respuesta y Elementos Tangibles, la Clínica con Integración Vertical (CIV) obtuvo mayores índices de grado de satisfacción de la calidad de servicio pero la diferencia con la otra clínica fue muy poco significativa y sin valor estadístico.
14. La Capacidad de Respuesta refiere a los servicios complementarios de una consulta médica y el tiempo que demora realizarlos, y los elementos tangibles son los equipos, materiales y muebles de la clínica, todo lo relacionado con la infraestructura.
15. La encuesta tuvo una mayor aceptación por el público femenino en ambas clínicas presentando más del 60% de encuestas llenadas por mujeres.
16. En ambas clínicas más de 90% de los pacientes que respondieron tenían algún tipo de seguro privado. A pesar de que las Clínicas con Integración vertical (CIV) se integran a partir de las compañías de seguros, este hecho no da lugar a diferenciación en la opción de los pacientes de asistir a una u otra.
17. La encuesta incluyó en algunos casos a acompañantes de los pacientes. Sin embargo, más del 80% en ambas clínicas fueron pacientes que llenaron directamente la encuesta. Lo cual refuerza la confiabilidad en los resultados.

18. Más del 80% de los encuestados en ambas clínicas, fueron recurrentes, lo que proporciona una mayor confiabilidad a su valoración.
19. Se pudo determinar que la dimensión en la cual los encuestados tienen mayores expectativas de calidad, es en Seguridad. Esto abarca la privacidad que brinda el médico, la minuciosidad del examen físico, el tiempo dedicado, y la confianza que el médico transmite al paciente.
20. La dimensión en la cual los encuestados tuvieron mejores percepciones de calidad, es también en la dimensión de Seguridad, lo que se podría interpretar como que las clínicas están brindando mayor enfoque en las demandas del paciente.
21. La hipótesis presentada al inicio de la investigación fue que el efecto de la integración vertical en las clínicas es la pérdida de la calidad en el servicio al paciente y aun cuando los resultados validan y reafirman dicha hipótesis, la diferencia no es concluyente y puede deberse a las particularidades de las clínicas en las cuales se pudo realizar el estudio.
22. Como los resultados de la investigación no son concluyentes debe asumir este estudio como provisional y exploratorio, por lo tanto, requiere de otras investigaciones complementarias para entender mejor las dinámicas de integración en este como en otros sectores, lo que podría ser de utilidad para las propias empresas.
23. Al ser un estudio transeccional, solo se analizaron datos de ciertos periodos de tiempo para ambas clínicas; por ende, solo están basados en ese periodo de tiempo. Lo recomendable es realizar encuestas periódicas, de modo que se pueda medir la variación de los resultados.

## REFERENCIAS

- Alosilla-Velazco R., Levaggi P., Peña A. & Rodríguez-Frías J. (2012). Planeamiento estratégico del sector salud privada en Lima. (Tesis de maestría Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú). Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA\\_LEVAGGI\\_PE%D1A\\_RODRIGUEZ\\_SALUD\\_PRIVADA.pdf;jsessionid=FBDC1715EA13D366745DCEFD6353F39?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGGI_PE%D1A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf;jsessionid=FBDC1715EA13D366745DCEFD6353F39?sequence=1)
- Alonso, G.. (2008) Reinterpretando la Cadena de Valor. *Palermo Business Review* , 2(1), 83-96. Recuperado de [http://www.palermo.edu/economicas/pdf\\_economicas/business\\_paralela/review/marketing\\_servicios.pdf](http://www.palermo.edu/economicas/pdf_economicas/business_paralela/review/marketing_servicios.pdf)
- América Economía (2016) Conozca el Ranking 2016 de los Mejores Hospitales y Clínicas de A. Latina. América Economía. Recuperado de <https://www.americaeconomia.com/negocios-industrias/conozca-el-ranking-2016-de-los-mejores-hospitales-y-clinicas-de-latina>
- Andrea, P. & Fergusson, C.(2008). Derechos Humanos, Salud y Estrategias de educación de la pobreza. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf)
- Arce, E. (2010). *Ministerio de Salud*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/Archivos/2010/SituacionActual-MelitonArce-MINSA.pdf>
- Banco Mundial (2014). Grupo Banco Mundial. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Baye, M. R., & Moreno, Y. (2006). Economía de empresa y estrategia empresarial. Madrid: McGraw-Hill.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile (Artículo de revisión). *Salud pública de México*, 53(2). Recuperado de [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/9 Chile.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/9 Chile.pdf)
- Bolton, Ruth N. and James H. Drew (1991). A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes. *Journal of Marketing*, 55 (1), 1991, 1-10. Recuperado de <http://www.ruthnbolton.com/Publications/LongitudinalAnalysisofServiceChangesonAttitudes.pdf>
- Bojórquez, López, Hernández y Jimenez, (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. México. Recuperado de <http://www.lacpei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>
- Cabello E. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Revista Médica Herediana.*, volumen 12, número 3. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2001000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300005)

- Carranza J. & Lambardi, G. (2014). Foco Económico. Recuperado de <http://focoeconomico.org/2014/07/01/la-economia-de-la-integracion-vertical-del-sector-de-la-salud/>
- Castaño, R. (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud. *Revista Javeriana*, 3(6), 35-51. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2783/2049>
- Castro, M., Villagarcía, H & Saco, S. (2006) Satisfacción d l usuario de los servicios de hospitalización del Hospital Antonio Lorena, Mayo-Agosto de 2003. *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC*, 47-53. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2004\\_n23/enPDF/a09.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2004_n23/enPDF/a09.pdf)
- Coase, R.H. (1937): "The nature of the firm". *Economica*, 4(16), 386-405. Recuperado de <https://msuweb.montclair.edu/~lebelp/CoaseNatFirmEc1937.pdf>
- Church, J. & Ware, R. (2000). *Industrial Organization: A Strategic Approach*. Londres: Irwin-Mc Graw Hill.
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. 78(1), 98-104. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334. Recuperado de [https://www.psychometricsociety.org/sites/default/files/cronbach\\_citation\\_classic\\_alpha.pdf](https://www.psychometricsociety.org/sites/default/files/cronbach_citation_classic_alpha.pdf)
- Cross Organizational Team. (2013) Hacia un modelo de atención integral de salud basado en la atención primaria de salud.
- Decreto Legislativo N° 584. Ley de organización y funciones del Ministerio de salud. Presidencia de la República del Perú (2002).
- De la Vega, M. (13 de junio de 2016). Hay espacio para crecimiento de sector privado en servicios de salud. *Andina, Agencia peruana de noticias*. Recuperado de <http://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=616983>
- Deloitte (2015). Deloitte. Recuperado de <https://www2.deloitte.com/mx/es/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/cuidado-salud-reporte-2015.html>
- Diario Gestión (2 de marzo de 2017). ¿Cuál es el estado del acceso a la salud en América Latina? Recuperado de: <https://gestion.pe/economia/acceso-salud-america-latina-129841>
- Díaz, S.(2017). Calidad del servicio y satisfacción de los usuarios que acuden al servicio de consulta externa en el Hospital Regional Honorio Delgado – 2017. Proyecto de investigación, Universidad Nacional De San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2967/MDSdibrsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Donabedian, A.(1998). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Salud Pública de México. México: La Prensa Médica Mexicana. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217>

- Duque, E. (2005) Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición . *INNOVAR*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>
- Garza E., Abreu J. & Badii M (2008) Mejoramiento de la calidad de servicios mediante el modelo de las discrepancias entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la empresa. *Revista Daena: International Journal of Good Conscience*, volumen 3(1), 1-64. Recuperado de: [http://www.spentamexico.org/v3-n1/3\(1\)%201-64.pdf](http://www.spentamexico.org/v3-n1/3(1)%201-64.pdf)
- Gaynor, M. (2006). Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final). *National Center for Biotechnology Information*, 25(1), 80-175. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16318890>
- Giedion, U.; Villar, M. & Ávila, A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid:Fundación MAPFRE. Recuperado de <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
- Gil, S. & Salvador & Camacho, J. (1999) La Integración Vertical: Costes, Beneficios y Toma de decisiones. *Universidad de Barcelona*, 176(351), 6-13. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjn5zE4\\_TYAhUMzFMKHe6hBMMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistadyo.com%2Findex.php%2Fdyo%2Farticle%2Fdownload%2F176%2F176&usg=AOvVaw0\\_dZS0L8uRwFHTy9hQbQz](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjn5zE4_TYAhUMzFMKHe6hBMMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistadyo.com%2Findex.php%2Fdyo%2Farticle%2Fdownload%2F176%2F176&usg=AOvVaw0_dZS0L8uRwFHTy9hQbQz)
- González Arévalo César. (18 de marzo de 2007). 14 puntos de la calidad según Edwards Deming. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/14-puntos-de-la-calidad-segun-edwards-deming/>
- Instituto de Salud Pública de Chile (2017). Misión y Visión. Recuperado de [http://www.ispch.cl/quienes\\_somos/acerca\\_isp](http://www.ispch.cl/quienes_somos/acerca_isp)
- Jones, G., & Hill, C. W. (1996). *Administración estratégica: Un enfoque integrado*. McGraw. Madrid: Hill.
- Kotler, P. & Armstrong, G . (2007). *Marketing versión para Latinoamérica* (11ª ed.) México: PEARSON EDUCATION. Recuperado de <https://uvgcancun.files.wordpress.com/2016/03/kotler-phillip-armstrong-gary-marketing-versic3b3n-para-latinoamc3a9rica.pdf>
- Landa, O.(2015) La calidad de servicio en la satisfacción que obtienen los usuarios de las Entidades Prestadoras de Salud. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Educación, Lima, Perú). Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/314737489/Proyecto-Tesis-Calidad-de-Servicio-en-La>
- Ley 27783. Bases de la descentralización. Congreso de la República (2002)
- Ley 26842. Ley general de salud. MINSA (1997)
- Matsumoto R. (2014). Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad. *Perspectivas*, número 34, pp. 181-209. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=425941264005>
- Marín I., Diego A. (2012). Teoría de la agencia y costos de transacción: una observación teórica de sus postulados. *Revista MUTIS de la Universidad Jorge Tadeo Lozano*, 2 (1), pp. 61-81. Recuperado de <https://doi.org/10.21789/22561498.362>

- Martín, M. & Recio M. (2011) *Vicente Ayala Bermeo*. Recuperado de <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/valoracion-de-calidad-cuali.pdf>
- Miquel, S. & Moliner, M. (2008). Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Tesis doctoral, universitat Jaume, Castellón de la plana, España. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10357/civera.pdf?sequence=1>
- Ministerio de Salud (28 de abril de 2016) MINSA triplica en 5 años inversión en salud y deja 234 proyectos en marcha. *Sala de Prensa MINSA*. Recuperado de [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fp1sO\\_u5viQJ:www.minsa.gob.pe/index.asp%3Fop%3D51%26nota%3D18455+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&client=safari](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fp1sO_u5viQJ:www.minsa.gob.pe/index.asp%3Fop%3D51%26nota%3D18455+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&client=safari)
- MINSAL-Ministerio de Salud de Chile (2017). Recuperado de
- <http://www.minsal.cl/mision-y-vision/>
- <http://www.minsal.cl/superintendencia-de-salud/>
- <http://www.minsal.cl/fondo-nacional-de-salud/>
- <http://www.minsal.cl/central-de-abastecimiento/>
- Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología (2013). *Análisis de la Situación del Perú*. Lima: ASKHA E.I.R.L. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- Miranda, E. & Paredes, R. (1997) Competencia, integración vertical y rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1995/Organización%20industrial%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20en%20Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Montekio, V. B.; Soliz, P. (2008). Mapa del sistema de salud de Bolivia. FUNSALUD
- Ocampo, R. & Betancourt, U. & Montoya, R. & Bautista, B. (2013) Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia de Políticas de Salud*, 12(24), 114-129. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2017). *Temas de salud. Sistemas de salud*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/)
- ONU, (22 de Junio de 2015) OPS y Banco Mundial instan a América Latina a profundizar reformas de salud. *Centro de noticias ONU*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=32667#.WmrQvRRrhEU>
- Pauly, M. (1968). The economics of moral Hazard: comment. *American Economic Review*, 3(1), 531-537. Recuperado de <http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28196806%2958%3A3%3C531%3ATEOMHC%3E2.0.CO%3B2-A>
- PCM Y MEF.(2016) Informe preelectoral de administración 2011-2016.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). "SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*. 64(1), 12-40. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Valarie\\_Zeithaml/publication/225083802\\_SERVQUAL\\_A\\_multiple-](https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-)

[\\_Item\\_Scale\\_for\\_measuring\\_consumer\\_perceptions\\_of\\_service\\_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf](#)

Pérez, V. (2007). *Calidad Total en la Atención al Cliente: Pautas para Garantizar la Excelencia en el Servicio*. Madrid: Ideas Propias.

Peña A. (2015). *Evaluación De La Calidad Del Servicio Que Ofrece La Empresa Comercial RC a sus Clientes – Sucursal Chiclayo*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Recuperado de: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/61/1/TL\\_Pena\\_Pena\\_Angela.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/61/1/TL_Pena_Pena_Angela.pdf)

Pindyck, Robert S. & Rubinfeld, Daniel L. (2009) *Microeconomía* (7ma ed.) Madrid: PEARSON EDUCATION. Recuperado de [https://elianascialabba.files.wordpress.com/2017/03/microeconomia\\_-\\_pyndick.pdf](https://elianascialabba.files.wordpress.com/2017/03/microeconomia_-_pyndick.pdf)

Redacción Gestión (24 de agosto de 2014) A todo pulmón, el crecimiento del sector salud y del aseguramiento privado. *Diario Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/todo-pulmon-crecimiento-sector-salud-y-aseguramiento-privado-2106447>

Resolución Ministerial 527. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. MINSA (2011)

Reyes Recio, L. E. (2010). La estructura de propiedad y control de las empresas no financieras cotizadas: Una descripción de la situación actual ante las reformas del gobierno corporativo. *Dirección y Organización*, 27, 112-126

Robinson, J. (2001) Organizational Economics and Health Care Markets. *National Center for Biotechnology Information*, 36(1), 177-189. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089201/>

Robinson, J., Casalino, L. (1996) “ Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare”. *Health Affairs*. 15(1), 7-22)

Rodríguez, B. & Germán, G. (2011). La firma y los costos de transacción. *Revista Actualidad Contable FACES*, Año 14 (22), pp. 120-133. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/34236/articulo7.pdf;jsessionid=6CFCF402BDB64E1AD8B7366B917E3FAC?sequence=1>

Roldán, L., Balbuena, J. & Muñoz, Y. (2010). *Calidad De Servicio Y Lealtad De Compra Del Consumidor En Supermercados Limeños* (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú) Recuperado de: [file:///C:/Users/Carolina/Downloads/Tesis\\_Munoz\\_Balbuena\\_Roldan\\_Correcci%C3%B3n%20final.pdf](file:///C:/Users/Carolina/Downloads/Tesis_Munoz_Balbuena_Roldan_Correcci%C3%B3n%20final.pdf)

Scialabba, E. (2015) *Sistemas de salud en América Latina: financiamiento y gastos*. Recuperado de <https://elianascialabba.wordpress.com/2015/05/08/sistemas-de-salud-en-america-latina-financiamiento-y-gasto/>

Sekhri, N & Savedoff, W. (2005) Private health insurance : implications for developing countries. *National Center for Biotechnology Information*, 83(2), 37-127. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15744405>

- Simoens, S. and A. Scott. (1999). what determines integration in primary care? Theory and evidence. *HERO Discussion Paper*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=Ea7eDVXiaUcC&pg=PA226&lpg=PA226&dq=what+determines+integration+in+primary+care?+Theory+and+evidence&source=bl&ots=M2hvWsHAKh&sig=HFpX-OAj6z7ZMFQmEucjnt9zkZM&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi41-jO8PTYAhVJuFMKHZ7NAtUQ6AEIKzAA#v=onepage&q=what%20determines%20integration%20in%20primary%20care%3F%20Theory%20and%20evidence&f=false>
- Solorzano, G. & Nereida, J. (2013) Importancia De La Calidad Del Servicio Al Cliente Para El Funcionamiento De Las Empresas. *Revista El Buzón de Pacioli*. Número 82. Recuperado de: <https://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/Documents/no82/Pacioli-82.pdf>
- Superintendencia de Salud (2006) Monitoreo y Seguimiento de la Reforma de Salud de 2005: Líneas Basales en Protección Financiera. *Chile Mejor*. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-3906.html>
- Superintendencia de Salud (2017). ISAPRES. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-article-2528.html>
- Tamayo, M. & Piñeros, J. (2007). Formas de Integración de las empresas. *Ecos de Economía*, 11(24), 27-45. Recuperado de [http://www.redalyc.org/pdf/3290/Resumenes/Resumen\\_329027260003\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3290/Resumenes/Resumen_329027260003_1.pdf)
- Torres, F. & Huacles, J. (2015) Los dueños de la salud privada en el Perú. *Ojo Público*. Recuperado de <https://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>
- Valdez, W. (2013). *Ministerio de Salud*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- Vázquez, R. (2015). La teoría de agencia en el ámbito de los seguros de salud. (Tesis de licenciatura, Universidad de la Coruña, La Coruña, España). Recuperado de [http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14632/VazquezNunez\\_Raquel\\_TFG\\_2015.pdf?sequence=2](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14632/VazquezNunez_Raquel_TFG_2015.pdf?sequence=2)
- Vergara, M. (2014). Dimensiones involucradas en la evaluación de satisfacción usuaria hacia seguros de salud en Chile. (Tesis de maestría, Universidad de Chile, Santiago, Chile). Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/132729/Vergara%20Henr%C3%ADquez%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=2>
- Williamson, O.E. (1981): "The modern corporation: origin, evolution, attributes". *Journal of Economic Literature*, 19(1), 1537-1568.
- Zeithaml, V. & Bitner, M. (2002). Marketing de servicios. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, segunda edición.

## ANEXOS

### ANEXO A:

## Encuesta SERVQUAL

<span style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; vertical-align: middle;">PUCP</span>		ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA: _____						
Fecha: _____/_____/_____	Hora de Inicio: _____:_____	Hora de Término: _____:_____						
Estimado usuario(a), mi nombre es (diga su nombre) y soy alumno(a) de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Actualmente nos encontramos realizando una investigación respecto a la calidad del servicio de la clínica (nombre de la clínica) por lo que quisieramos conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibio en ella.  Es importante señalar que sus respuestas son totalmente confidenciales, por lo que los datos que proporcione serán utilizados única y exclusivamente para reportes estadísticos. Agradeceremos su participación.								
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO								
1. Condición del encuestado	Usuario(a) <input style="width: 40px;" type="text" value="1"/>							
	Acompañante <input style="width: 40px;" type="text" value="2"/>							
2. Edad del Encuestado	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
3. Sexo	Masculino <input style="width: 40px;" type="text" value="1"/>							
	Femenino <input style="width: 40px;" type="text" value="2"/>							
4. Nivel de estudio	Analfabeto 1							
	Primaria 2							
	Secundaria 3							
	Superior Técnico 4							
	Superior Universitario 5							
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	Asegurado 1							
	No asegurado 2							
6. Tipo de Usuario	Nuevo <input style="width: 40px;" type="text" value="1"/>							
	Recurrente <input style="width: 40px;" type="text" value="2"/>							
7. Especialidad donde se atendió	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
EXPECTATIVAS								
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la <b>IMPORTANCIA</b> que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	Que el personal de informes le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención de la consulta externa.							
02	Que la consulta con el médico se realice en el horario programado							
03	Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada							
04	Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención							
05	Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad							
06	Que la atención en caja o en módulo de admisión sea rápida							
07	Que la atención para tomarse exámenes de laboratorio sea rápida							
08	Que la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	Que la atención en la farmacia sea rápida							
10	Que durante su atención se respete su privacidad							
11	Que el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido							
12	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
13	Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza							
14	Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud							
16	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: medicamentos, dosis y efectos adversos							
18	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
19	Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes							
21	Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	Que el consultorio y sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos							

PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a cómo usted HA RECIBIDO la atención en el servicio de Consulta Externa. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención de la consulta externa?							
02	¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
04	¿Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención?							
05	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	¿La atención en caja o en módulo de admisión fue rápida?							
07	¿La atención para tomarse exámenes de laboratorio fue rápida?							
08	¿La atención para tomarse los exámenes radiológicos fue rápida?							
09	¿La atención en la farmacia fue rápida?							
10	¿Se respetó su privacidad durante la atención en el consultorio?							
11	¿El médico que le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	¿El médico que atenderá su problema de salud le inspiró confianza?							
14	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?							
17	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibirá: medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
19	¿Los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes?							
20	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	¿Los consultorios contaron con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	¿El consultorio y sala de espera se encuentren limpios y fueron cómodos?							