



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES**

TEMA:

**Satisfacción del asegurado y justicia percibida del precio en seguros/medicina
prepagada: un análisis multivariable.**

AUTOR:

Vera Andrade, Ammy Vanessa

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN NEGOCIOS INTERNACIONALES**

TUTOR:

Lucín Castillo, Virginia Carolina

Guayaquil, Ecuador

14 de febrero del 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Vera Andrade, Ammy Vanessa**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada Negocios Internacionales**.

TUTOR (A)

f.
Lucín Castillo, Virginia Carolina

DIRECTOR DE LA CARRERA

f.
Hurtado Cevallos, Gabriela Elizabeth

Guayaquil, al 14 del mes de febrero del año 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Vera Andrade, Ammy Vanessa

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Satisfacción del asegurado y justicia percibida del precio en seguros/medicina prepagada: un análisis multivariable**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Negocios Internacionales**, ha sido desarrollado respetando derechos cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total auditoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 14 del mes de febrero del año 2026

LA AUTORA

Vera Andrade, Ammy Vanessa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Andrade, Ammy Vanessa**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Satisfacción del asegurado y justicia percibida del precio en seguros/medicina prepagada: un análisis multivariable**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 14 del mes de febrero del año 2026

LAAUTORA

Vera Andrade, Ammy Vanessa



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES**

REPORTE COMPILATIO



TUTOR (A)

**f.
Lucin Castillo, Virginia Carolina**

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero que todo a Dios por haberme permitido llegar a donde estoy y por darme la fortaleza para llegar a ser la persona soy hoy en día.

A mi abuelo y padre, Arnulfo Andrade por siempre creer en mí y en lo lejos que llegaría, por todas las enseñanzas, por apoyarme y aún más por quererme de una forma incalculable. A mi madre, Helen Andrade por ser mi soporte y compañía durante toda mi vida, por confiar en mí y jamás dejarme sola. A mi padre, Fernando Vera por estar presente a pesar de la distancia. A mis primas María Elisa Andrade, Danna Garcés, Katherine Garcés y demás familia por ser mi compañía.

A la hermana que me dio la universidad, Marisol Arteaga por ser mi refugio y mi aliento a lo largo de toda la carrera. A mi amiga, Valentina Valdiviezo por nunca dejarme sola desde el momento que nos conocimos. A mi amiga, Amy Cisneros por haber sido una parte fundamental en mi vida desde un inicio. Aunque ninguna de nosotras pudo terminar juntas, siempre serán uno de los mejores recuerdos que me dejó la universidad. A mi amiga Gianella Murillo, por esa gentileza que la caracteriza, por estar ahí desde siempre. Así también, agradezco a mis demás compañeros porque sin ellos todo este trayecto no hubiera sido tan grato.

A mis hermanas desde la escuela, Samantha Delgado y Emily Basurto, que, a pesar de haber tomado caminos distintos, siempre está ese apoyo y cariño presente.

Agradezco a todas esas personas que de una u otra forma han sido parte de este trayecto

-Ammy Vera

DEDICATORIA

De todo corazón le dedico este trabajo a mis ejemplos de vida, Arnulfo Andrade que, aunque ya no este conmigo físicamente sé que está orgulloso de ver a su niña lograr una de las metas que tanto quería presenciar, Helen Andrade por ser mi salvavidas. Quienes me han amado incondicionalmente y no me alcanzaran las palabras ni la vida para agradecerles todo lo que han hecho por mí.

- Ammy Vera



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Ec. Virginia Carolina Lucin Castillo
TUTOR

f.

Hurtado Cevallos, Gabriela Elizabeth
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. COORDINADOR DEL ÁREA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
CARRERA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES**

CALIFICACIÓN

f.
Vera Andrade, Ammy Vanessa

ÍNDICE

RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
RÉSUMÉ	XIII
Introducción	2
Contexto y antecedentes del problema.....	2
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	4
Objetivos de la investigación	5
Justificación.....	5
Alcance y delimitaciones.....	6
Delimitaciones.....	7
Capítulo 1: Marco Teórico	8
Satisfacción del cliente.....	12
Calidad del servicio en salud - Modelo SERVQUAL.....	12
Valor percibido y sacrificio	13
Justicia percibida del precio	15
Movilidad del cliente, costos de cambio y lock-in.....	20
Transparencia informativa y comunicación de incrementos	21
Conocimiento del producto/condiciones contractuales.....	21
Marco regulatorio y derechos del asegurado.....	22
Modelo conceptual e hipótesis	22
Modelo Teórico Integrado.....	24
Capítulo 2: Metodología.....	26
Tipo de estudio	26
Población.....	26
Muestra.....	27
Tipo de muestreo	28
Criterios de inclusión y exclusión	28
Modo de aplicación y período de levantamiento	28
Cuestionario	29
Capítulo 3: Resultados	31
Análisis cualitativo.....	31
Gestión administrativa y comunicación sobre incrementos de prima	31
Experiencia con trámites y reembolsos	32
Percepción del precio justo.....	33
Modelo de medición y operacionalización de variables	34
Análisis cuantitativo	34
Conclusiones	68
Recomendaciones.....	70
Anexos.....	71
Referencias	77

RESUMEN

La presente investigación se centra en analizar qué factores influyen en la satisfacción de los asegurados y en cómo perciben el precio que se paga en el sector de seguros y medicina prepagada en Ecuador. En un contexto donde las primas aumentan con frecuencia, la información no siempre es clara, existen demoras en los trámites y las dificultades de acceso a los servicios de salud, resulta importante evaluar como todas estas situaciones afectan la experiencia del usuario.

Para analizar cómo se relacionan la satisfacción, la calidad del servicio, la percepción de justicia en el precio, los costos de cambio, la transparencia en cómo se informa y el valor percibido, se trabajó con un enfoque cuantitativo, donde se analizaron las variables sin modificarlas y se evaluaron un solo periodo. Se utilizó un modelo multivariable para poder comprender como estos factores influyen en las decisiones de los asegurados en si quieren recomendar su plan o de cambiar a otro proveedor.

La investigación se sustenta en el modelo SERVQUAL para medir la calidad del servicio, el enfoque de justicia del precio y el NPS para poder medir la intención de recomendación. También considera que la satisfacción está relacionada con el valor percibido, donde se explica que la satisfacción depende como el usuario compara lo que está recibiendo con lo que está pagando.

Los resultados ayudaran a entender mejor cómo se comportan los usuarios en el sector privado de salud. Además, aportaran con información que se basa en datos en un ámbito nacional donde hay poca investigación y aportara con recomendaciones para que se pueda mejora la transparencia, mejorar el servicio y promover un mercado más justo y poniendo al asegurado como prioridad.

ABSTRACT

This research focuses on analyzing the factors that influence policyholder satisfaction and how they perceive the price paid in the insurance and prepaid medicine sector in Ecuador. In a context where premiums increase frequently, information is not always clear, there are delays in procedures, and access to health services is difficult, it is important to evaluate how all these situations affect the user experience.

To analyze how satisfaction, service quality, perception of fairness in pricing, switching costs, transparency in reporting, and perceived value are related, a quantitative approach was used, where the variables were analyzed without modification and a single period was evaluated. A multivariate model was used to understand how these factors influence policyholders' decisions about whether to recommend their plan or switch to another provider.

The research is based on the SERVQUAL model to measure service quality, the price fairness approach, and the NPS to measure recommendation intent. It also considers that satisfaction is related to perceived value, explaining that satisfaction depends on how users compare what they are receiving with what they are paying.

The results will help to better understand how users behave in the private healthcare sector. In addition, they will provide data-based information at the national level, where there is little research, and will contribute recommendations for improving transparency, enhancing service, and promoting a fairer market that puts the insured first.

RÉSUMÉ

La présente étude vise à analyser les facteurs qui influencent la satisfaction des assurés et leur perception des prix pratiqués dans le secteur des assurances et de la médecine prépayée en Équateur. Dans un contexte où les primes augmentent fréquemment, où les informations ne sont pas toujours claires, où les démarches administratives sont longues et où l'accès aux services de santé est difficile, il est important d'évaluer l'impact de toutes ces situations sur l'expérience des utilisateurs.

Afin d'analyser les relations entre la satisfaction, la qualité du service, la perception de l'équité des prix, les coûts de changement, la transparence de l'information et la valeur perçue, nous avons adopté une approche quantitative, dans laquelle les variables ont été analysées sans modification et une seule période a été évaluée. Un modèle multivarié a été utilisé afin de comprendre comment ces facteurs influencent les décisions des assurés quant à leur volonté de recommander leur régime ou de changer de fournisseur.

La recherche s'appuie sur le modèle SERVQUAL pour mesurer la qualité du service, l'approche de l'équité des prix et le NPS pour mesurer l'intention de recommandation. Elle considère également que la satisfaction est liée à la valeur perçue, expliquant que la satisfaction dépend de la façon dont l'utilisateur compare ce qu'il reçoit à ce qu'il paie.

Les résultats permettront de mieux comprendre le comportement des utilisateurs dans le secteur privé de la santé. Ils fourniront également des informations fondées sur des données à l'échelle nationale, où les recherches sont rares, et formuleront des recommandations visant à améliorer la transparence, à optimiser les services et à promouvoir un marché plus équitable, en accordant la priorité aux assurés.

Introducción

Contexto y antecedentes del problema

En Ecuador, el sistema de seguros y medicina prepagada opera bajo un régimen privado. Los clientes cancelan una prima mensual que les ofrece servicios sanitarios de dos maneras: a través de una red de prestadores que incluye hospitales, clínicas, laboratorios y doctores con los que la aseguradora tiene acuerdos o mediante reembolsos en lugares que no están asociados con la compañía. Este modelo está basado en la lógica del financiamiento por riesgo compartido, en el cual los afiliados contribuyen a un fondo común que cubre los costos médicos de aquellos que lo requieren. En este esquema, las aseguradoras gestionan tanto los costos como las coberturas de acuerdo con los perfiles de cada miembro (Mathauer, Saksena, & Kutzin, 2019). Siendo esta lógica de gran relevancia ya que, al ser, la salud un derecho humano cualquier deficiencia afecta directamente el bienestar del asegurado y por ende su percepción de experiencia.

De acuerdo con datos de la "Superintendencia de Compañías Valores y Seguros", en el último decenio ha habido un aumento significativo en esta área, después de que se implementó La Ley Orgánica que regula a las compañías que financian seguros médicos y servicios de salud prepagados. Esta ley exige a las empresas mayor responsabilidad en asuntos como la supervisión estatal, la transparencia y la solvencia financiera. Sin embargo, el crecimiento del mercado no asegura que la experiencia que el usuario espera sea de calidad, a causa de la subida injustificada de costos, la escasa transparencia en la información proporcionada y la dificultad para acceder a sus servicios; estos factores impactan directamente en lo satisfecho que está el asegurado.

Uno de los principales problemas en el sector de seguros y medicina prepagada es la limitada claridad con la que se comunica la información a los usuarios. Muchos de los usuarios no comprenden lo que están comprando ni las pautas que incluyen, como no saber que tratamientos, medicamentos o procedimientos no están cubiertos, el monto máximo que la aseguradora pagará por un acontecimiento e incluso la justificación de cómo y por qué suben las primas. Estos sucesos generan una percepción de injusticia por parte del usuario, la desconfianza y fiasco al percibir que las empresas no comunican de manera clara sus planes, los lleva a considerar que están en una posición de desventaja y pérdida. Asimismo, existen elementos que crean dificultades en momentos de necesidades inmediatas como los trámites excesivos, aprobaciones lentas, cobros inesperados, donde la percepción de valor y justicia va en decadencia.

Otro factor que aflige este mercado es el incremento de primas anualmente, siendo justificados por el incremento de costos, tanto en procedimientos, insumos y medicamentos, como

también realizando ajustes actuariales, siendo medidas que deberían garantizar el servicio esperado. Aunque estos busquen mantener el equilibrio financiero de este sistema, para evitar pérdidas en el caso de un aumento de gastos como: más enfermedades, tratamientos más caros o inflación médica, la carencia de claridad y explicación hacia los usuarios, hacen que se perciban irrazonables y poco justos.

Por otra parte, existen dificultades en la accesibilidad y la calidad del servicio que reciben los asegurados, ocasionando insatisfacción al momento de querer acceder a un procedimiento incluido médico. La complicación para acceder a citas médicas, la carencia de profesionales e instituciones afiliadas, incluso el tiempo prolongado para reembolsos demuestra la poca agilidad por parte de la empresa y la poca importancia hacia el asegurado, ya que no solo se toma en cuenta la atención médica, sino también demás factores como la calidad administrativa, rapidez de los procesos y demás.

En suma, estos aspectos son claros ejemplos de problemas relacionados con la estabilidad entre el precio, la calidad percibida, la transparencia informativa y la experiencia del usuario. Los cuales generan una necesidad de analizar desde una perspectiva multivariable, como perciben los asegurados la calidad del servicio, de qué manera consideran lo justo de una prima y que aspectos influyen en su satisfacción para continuar o abandonar la compañía. Por ello surge la pregunta: “¿Qué está pasando en Ecuador con los planes de salud privados y por qué esto es un problema real para la gente?”

Planteamiento del problema

En diversos países de Latinoamérica y Europa existen un gran número de investigaciones que evalúan los factores que influyen en la permanencia del asegurado y su deseo de cambio en las empresas de seguros o medicina prepagada, basadas en factores clave como la calidad del servicio, la justicia del precio, la transparencia y la satisfacción del usuario, dando a conocer cómo funcionan estas variables en conjunto. Donde se percibe la poca satisfacción del usuario por aumento de primas o precios pagados sin motivo, el surgimiento de problemas por información poco clara, incluso la frustración debido a procedimientos administrativos lentos, dando como consecuencia un usuario insatisfecho.

A diferencia de Ecuador, que al indagar en el tema se da a conocer que existe una carencia de estudios sobre seguros y medicina prepagada. A pesar de que se conoce por medios y reportes

de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros que existen problemas debido a los incrementos de primas, las demoras en los reembolsos, impedimentos para las autorizaciones e información poco clara, no existe un modelo que analice todas las variables en conjunto ya que los pocos que se encuentran, analizan las variables de manera individual. Tampoco se ha investigado cómo interactúan la justicia del precio y la calidad percibida para explicar la satisfacción del asegurado. Aunque estos problemas son conocidos no han sido estudiados de manera completa desde un enfoque multivariado.

El planteamiento principal de este proyecto es que existe un vacío de conocimiento en el país, en el cual se busca desarrollar un modelo que integre todas las variables al mismo tiempo para estudiarlas detalladamente. Este permitirá comprender como los usuarios perciben los precios del servicio que contratan, donde las primas aumentan con frecuencia otorgando pocas explicaciones del por qué. El problema radica en que la experiencia de los asegurados es irregular debido a precios injustos, información poco clara y una calidad de servicio escasa. Por lo cual, es necesario analizar cómo estos factores influyen en la satisfacción del usuarios y en sus decisiones a largo plazo.

Además, este tamaño de muestra también permite trabajar con análisis estadísticos sencillos y con pruebas multivariadas esenciales. Esto es importante porque el estudio aborda aspectos como la calidad percibida, la justicia del precio, la transparencia informativa, el valor percibido y la satisfacción de asegurado. La falta de este tipo de análisis hace más difícil comprender las decisiones y actitudes de los asegurados en un mercado controlado por pocos y con información poco equitativa. Por ello, se propone un enfoque integral que permita analizar estas relaciones y producir evidencia para mejorar la calidad del servicio, fortalecer la transparencia y orientar políticas de protección al consumidor.

Formulación del problema

1. ¿De qué manera inciden la calidad percibida del servicio, justicia del precio, transparencia, valor percibido, satisfacción y costos de cambio en la experiencia del asegurado y su intención de cambio o recomendación en el mercado de seguros y medicina prepagada?
2. ¿Cómo perciben los asegurados la calidad del servicio, la justicia del precio y la transparencia en la información que reciben?

3. ¿Cómo influyen estas percepciones contribuyen al desarrollo del valor percibido y el nivel de satisfacción del asegurado?

4. ¿Qué efecto ejercen los costos de cambio y la satisfacción en la intención del asegurado de recomendar su plan o sustituir a su proveedor actual?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar la relación entre la calidad percibida, justicia del precio, transparencia, valor percibido, satisfacción y costos de cambio, mediante un enfoque multivariable, para determinar cómo influyen en el deseo de cambiar o recomendar y en la experiencia del asegurado.

Objetivos específicos

- Examinar las percepciones de los asegurados respecto a la calidad del servicio, la justicia del precio y la transparencia en la información que reciben.
- Analizar cómo influyen estas percepciones contribuyen al desarrollo del valor percibido y el nivel de satisfacción del asegurado.
- Evaluar qué efecto ejercen los costos de cambio y la satisfacción en la intención del asegurado de recomendar su plan o sustituir a su proveedor actual.

Justificación

El presente trabajo de investigación es de gran relevancia al proporcionar evidencia que permite comprender como afectan la experiencia del asegurado variables como la calidad del servicio, la justicia del precio, la transparencia informativa, el valor percibido, la satisfacción y los costos de cambio en el mercado de seguros y medicina prepagada. Además, es una herramienta útil para proponer soluciones en un entorno donde los usuarios enfrentan incrementos de primas poco claros, trámites complejos y problemas de acceso a los servicios.

En el plano académico, este estudio aporta al combinar variables que normalmente se estudian por separado en un modelo multivariable. El uso de herramientas reconocidas como, SERVQUAL, justicia del precio, valor percibido, NPS y costos de cambio, permitirá analizar el peso de cada factor y entender las relaciones de causa y efecto a través de métodos estadísticos. De este modo, la investigación contribuye a ampliar el conocimiento existente y aporta resultados relevantes para futuras investigaciones sobre la calidad del servicio, la satisfacción del asegurado

y la percepción de justicia. Asimismo, tiene una relevancia social ya que el derecho a la salud no solo implica cobertura, sino también acceder a servicios médicos de calidad y cuando esto no ocurre, afecta de forma directa el bienestar de las personas.

Este estudio busca entender que elementos del servicio médico hacen que los pacientes sientan miedo o desconfianza cada vez que van a una consulta. Al identificar estas fallas, se podrán proponer cambios para que el trato sea más justo, logrando que las personas se sientan mejor cuidadas, tengan menos motivos para quejarse y disfruten de un servicio más transparente.

Asimismo, el presente estudio está dirigida a las compañías dentro del sector para que comprendan desde otro punto de vista el comportamiento del consumidor. Este conocimiento facilitará la implementación de mejoras en los procesos operativos internos desde la optimización de la calidad del servicio hasta las acciones estratégicas destinadas a reducir la pérdida de clientes y fortalecer su reputación. De esta manera, el estudio nos permitirá identificar cuáles son las oportunidades de mejora que en cierta parte consiste en mejorar la comunicación con los usuarios, brindar información de manera más ágil y fortalecer la transparencia, dando como resultado un servicio más efectivo, confiable y competitivo.

Finalmente, los resultados brindan evidencia sólida para que las entidades reguladoras detecten falencias normativas, revisar procesos existentes y fortalecer el control en temas clase como incremento de primas, la claridad de los contratos y los tiempos de atención. Por lo cual, este análisis contribuye con un diagnóstico que permite fundamentar políticas de mayor transparencia, actualizar los estándares básicos de servicio y reforzar los mecanismos de protección al usuario, promoviendo un mercado más justo, transparente y centrado en el asegurado, de acuerdo con los derechos del consumidor y las obligaciones del sistema de salud y seguros.

Alcance y delimitaciones

El estudio se desarrolla bajo un diseño cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional-explicativo. Esta estructura permite recolectar información en un solo grupo y analizar de qué manera se relacionan las variables que influyen en la experiencia del cliente en el mercado de seguros y medicina prepagada.

Adicionalmente, la justicia del precio, la calidad percibida del servicio, los costos de cambio, el valor percibido y la satisfacción del asegurado son las variables clave para comprender

la experiencia del servicio brindado. La interacción entre estas variables facilitará el desarrollo de un modelo pleno que explique los factores que inciden en la toma de decisiones del asegurado.

La población objetivo se dirige a personas mayores de 18 años que cuenten con un seguro médico o un plan de medicina prepagada activo, con el fin de obtener una visión completa del mercado, incluyendo usuarios que han realizado solicitudes de autorizaciones, reembolsos o reclamos tanto como aquellos que no lo han confrontado estos sucesos.

Delimitaciones

Entre las delimitaciones del presente estudio se encuentra la delimitación geográfica, ya que solo se consideraran a asegurados del Ecuador. Esta se da debido a la importancia en el mercado ecuatoriano de los servicios de salud privado, donde se presenta una amplia oferta de aseguradoras, con ello altos niveles de reclamos y percepciones poco favorables.

También se establece una delimitación poblacional centrándose exclusivamente a usuarios de servicios de salud del sector privado, excluyendo a quienes acceden únicamente a servicios públicos, como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) o el Ministerio de Salud Pública (MSP), así como a personas que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica. Esta precisión metodológica permite enfocar el análisis en un segmento específico del mercado y garantizar mayor coherencia en la interpretación de los resultados.

En suma, la delimitación temporal corresponde al periodo comprendido entre diciembre y enero. Por consiguiente, los resultados representan la situación del mercado de seguros y medicina prepagada durante este periodo en específico mediante de las percepciones de los asegurados y la relación entre las variables.

Capítulo 1:

Marco Teórico

En el Ecuador, donde el acceso a la salud es un derecho constitucional pero no siempre una realidad garantizada, los seguros privados de asistencia médica y las empresas de medicina prepagada han aparecido como alternativas claves para un sinnúmero de personas que buscan una atención oportuna, digna y sin demorar horas en sus trámites. Sin embargo, detrás de esta promesa surge una interrogante, es justo pagar cada año primas altas si la cobertura no mejora o, ¿Por qué muchos asegurados sienten que sus reclamos no son atendidos?

Este marco teórico explora cómo se construye la satisfacción del asegurado y cómo influye en la justicia percibida del precio. No se trata solo de cuánto se paga, sino de que si ese pago es equitativo, transparente y ético.

Siguiendo esta perspectiva, el marco regulatorio ocupa un rol fundamental. La Superintendencia de Competencia Económica actúa como el organismo encargado de las actividades normativas, resoluciones administrativas y procedimientos internos (SCE, ¿Qué hace la SCE?). Su trabajo está respaldado por la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado (LORCPM), que le otorga la potestad para evitar y sancionar las prácticas que afectan la competencia, tales como los abusos de poder de mercado, acuerdos y prácticas restrictivas, y para controlar las operaciones de concentración económica, aspectos esenciales para evaluar el desempeño y prácticas de aseguradoras y empresas de medicina prepagada (SCE, 2023).

En este contexto, el informe oficial del “Estudio de Mercado del Sector de Seguros, Asistencia Médica y Medicina Prepagada” (SCE, 2025), desarrollado luego de cinco años de investigación, entrevistas a más de 30 operadores económicos y el análisis de 2.096 millones de dólares en facturación, proporciona evidencia valiosa poco explorada. A partir de esta información, se estructura un análisis centrado en tres dimensiones centrales: si el plan cubre lo que es usuario considera justo (dimensión distributiva), como se definen los precios (dimensión procedimental) y como es tratado el usuario cuando tiene un inconveniente (dimensión internacional).

En añadidura, el objetivo no es simplemente describir el sector, sino entender por qué muchos ciudadanos deciden cambiar de compañía, por qué otros renuncian a reclamar, y cómo las prácticas de las aseguradoras han afectado su legitimidad social. Este análisis es fundamental para diseñar políticas públicas, para mejorar la regulación y, sobre todo, para restablecer la confianza entre quien paga y a quien debe proteger.

El Derecho Constitucional a la Salud de los Ecuatorianos se establece como un derecho fundamental e inalienable para todos los ciudadanos ecuatorianos, se encuentra en el Artículo 32 de la Constitución de la República de 2008. Opera como un derecho de prestación complejo y una responsabilidad primordial y no delegable del Estado. La Carta Magna describe a la salud en una dimensión muy amplia, abarca un estado de completo bienestar físico, mental y social. El Estado asume el rol rector y garante, siendo su obligación articular el Sistema Nacional de Salud, para asegurar el acceso universal, gratuito y equitativo a los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Como complemento a este derecho, el sector de seguros privados y medicina prepagada actúa como un complemento y subsidio de los servicios proporcionados por el Estado. Su presencia es una respuesta directa a la exigencia de los ciudadanos de recibir servicios más diferenciados y expeditos. Usualmente, el sector privado brinda eficiencia y agilidad: Actúa como un elemento atenuador de la congestión y las restricciones operativas del sistema público (IESS, ISSFA, ISSPOL) al disminuir los tiempos de espera y permitir el acceso inmediato a procedimientos y especialistas (Primicias, 2024). Así mismo, la libre elección torga al afiliado la potestad de seleccionar prestadores y acceder a redes privadas, tratamientos o tecnologías específicas que buscan complementar la cobertura básica proporcionada por el Estado. Por lo tanto, la medicina prepagada y los seguros operan como un mecanismo de financiamiento privado que incrementa la capacidad instalada de la nación para la provisión de salud, si bien su rol está condicionado a la estricta vigilancia regulatoria para asegurar la calidad y la accesibilidad (Samudio & Ordoñez, 2025).

Para entender las consecuencias económicas del sector, es fundamental el estudio de mercado que llevó a cabo la Superintendencia de Competencia Económica (SCE) en julio de 2025 (SCE, 2025). A partir de este, estudio se indica que en el sector existen 38 compañías de medicina prepagada registradas, de las cuales 23 están activas y 51 aseguradoras, de las cuales 26 operan en la sección de seguros médicos (SCE, 2025)

Esta pequeña base de operadores gestiona importantes volúmenes comerciales; en 2024, las empresas de medicina prepagada las prepagadas, llegaron ingresos de USD 760,5 millones, lo cual representaba su importancia financiera dentro del mercado privado de salud (Espinosa, 2025)

De este modo, la evidencia del SCE estableció que el mercado tiende a ser oligopólico, lo que se caracteriza por la preponderancia de un conjunto limitado de grandes empresas, lo cual posibilita la interdependencia y disminuye la competencia (SCE, 2025).

A continuación se describen factores por los cuales este enfoque concentrado de los mercados puede afectar negativamente el bienestar del consumidor:

Barreras de entrada elevadas: La demanda de altos capitales mínimos para operar limita la aparición de nuevos competidores, lo que fortalece la posición de las empresas ya existentes (Desai, Eklund, & Lappi, 2020).

Asimetría de información: La falta de claridad o transparencia en las tarifas para calcular aumentos y primas anuales obstaculiza que el usuario tome decisiones con información suficiente, lo que debilita su capacidad de negociación (Zambrano, 2025) .

Disminución de la movilidad: Los clientes se encuentran con la dificultad de migrar a opciones superiores debido a la imposición de costos de cambio elevados, extensos periodos de carencia y la no portabilidad de derechos adquiridos, lo que permite que los operadores continúen con prácticas menos competitivas (Lamiraud & Stadelmann, 2020)

En resumen, la falta de competencia efectiva en un oligopolio, el excedente del consumidor disminuye, ya que puede resultar en precios poco justificados técnicamente y limitar la libertad de elección, lo cual va en contra del espíritu de equidad que debe presidir el acceso a la salud (Croes, Schut, & Varkevisser, 2025).

En el Ecuador, la ACCESS se encarga de las actividades de control, regulación y aseguramiento de calidad que realiza la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina pre pagada (ACCESS), entidad técnico-administrativa vinculada al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La ACCESS tiene como misión principal regular, supervisar y garantizar la calidad de todos los servicios sanitarios, tanto públicos como privados (Resolución ACCESS-2025-0032-R, 2025).

Para ello, emite resoluciones normativas, concede y supervisa licencias de operación a hospitales y clínicas, entre otras instituciones, y lleva a cabo la vigilancia sanitaria (Resolución ACCESS-2025-0026-R, 2025). Las menciones a 2025 hacen referencia a la implementación de su

calendario anual, que abarca la presentación de cuentas de su gestión pasada, el establecimiento de nuevas regulaciones técnicas sobre los tipos de establecimientos y la supervisión del personal médico, así como la ejecución de operativos de control en todo Ecuador (Resolución ACCESS-2025-0287-O, 2025)

En consecuencia, diversos estudios de la ACCESS, coinciden que la confianza no se construye solo por la calidad técnica, sino en base al respeto, empatía y una respuesta rápida. En el entorno donde la salud es vista como un bien de la sociedad, la experiencia del asegurado es un factor de importancia para la sostenibilidad de la medicina prepagada.

Es especialmente importante examinar la satisfacción del asegurado con respecto a los modelos de negocio que cambian sustancialmente en este entorno caracterizado por una concentración elevada del mercado y por percepciones de acceso desigual a la atención sanitaria: los Seguros de Asistencia Médica, como Pan American Life y Bupa, y la Medicina Prepagada, como Vital Plan y Saludsa.

La Medicina Prepagada se caracteriza por funcionar con un sistema de pago anticipado (cuotas fijas) que asegura la provisión directa de servicios dentro de una red determinada. Por ejemplo, Saludsa como líder en medicina prepagada, brinda una extensa red de médicos a lo largo y ancho del país y planes adaptables con un enfoque preventivo, trabajando bajo el modelo de prestación directa de servicios después de la afiliación (Saludsa, s.f.). Por su parte, Vital Plan brinda sus servicios a través de una red propia de clínicas y proveedores, administrando los planes mediante pagos anticipados que cubren prestaciones previamente establecidas (Vital, s.f.).

Por otro lado, los seguros de asistencia médica se basan en un modelo de reembolso, en el cual el usuario asume primero los gastos médicos y luego recibe una devolución parcial o total. Ejemplos de este modelos son Bupa, que brinda cobertura internacional y libertad de elegir hospitales (Bupa, s.f.); y Pan American Life, cuyas pólizas cubren un porcentaje de los costos médicos luego de aplicar los deducibles correspondientes. Se distingue por su orientación hacia la seguridad económica frente a sucesos de salud (PALig, s.f.). Cabe señalar que los dos modelos presentan un extenso espectro de planes (individuales, familiares, corporativos y masivos), con coberturas que muestran una amplia variación en términos económicos, desde los \$35-60 mensuales, mientras que planes premium pueden superar los \$100-180 mensuales (Izquierdo, s.f.).

Satisfacción del cliente

La satisfacción del cliente es una valoración general basada en la comparación entre sus expectativas y el desempeño real del servicio recibido (Chen, y otros, 2021). El usuario se siente satisfecho cuando el servicio cumple o supera lo que se espera; de lo contrario, surge la insatisfacción. Así, la satisfacción resulta de la unión de percepciones, vivencias pasadas y resultados visibles del servicio.

Profundizando en este punto, la satisfacción adquiere una importancia significativa en el ámbito sanitario, que comprende la medicina prepagada y los seguros, dado que los servicios ofrecidos se relacionan directamente con el bienestar y la confianza del asegurado. Los usuarios consideran importantes aspectos como la rapidez de los trámites, el trato recibido, la calidad de la información y el acceso a los beneficios (Fornell, 1992). Esto demuestra que tanto la calidad del servicio médico como la gestión administrativa incluyen en la satisfacción.

Además, esta también actúa como un importante indicador de comportamientos futuros del asegurado. Las investigaciones muestran que un cliente satisfecho suele renovar su contrato, recomendar el servicio y mantener una relación duradera con la empresa (Liu, y otros, 2020). En contrastes, la insatisfacción aumenta las quejas, las cancelaciones y una percepción negativa de la marca.

Calidad del servicio en salud - Modelo SERVQUAL

El modelo SERVQUAL, desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry, ha sido uno de los principales referentes para evaluar la calidad del servicio (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Se basa en cinco dimensiones: fiabilidad, empatía, seguridad, capacidad de respuesta y aspectos digitales (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Su importancia ha impulsado su adaptación en el campo sanitario, donde han surgido herramientas como HEALTHQUAL y HSQ, que añaden criterios específicos como la interacción clínica y la seguridad del paciente (Ozretić Došen Đ, 2020). Investigaciones actuales respaldan que SERVQUAL sigue siendo un método fiable para analizar la calidad en los servicios de salud, particularmente en ámbitos donde la comunicación clara y la confianza son esenciales (Sharifi, y otros, 2021). Asimismo, estudios académicos han demostrado su utilidad en la medicina de calidad percibida en entornos médicos y aseguradores (Utino, Birhanu, Getachew, & Ereso, 2023).

Estas dimensiones adquieren un papel fundamental en los servicios de salud y en los seguros médicos

porque influyen directamente en como el asegurado percibe el cumplimiento de compromisos, la rapidez de atención, el profesionalismo y el trato humano recibido (Fan LH, 2017). Así, expresiones como “La compañía cumple lo que promete” representan la confiabilidad, mientras que “Recibo respuestas a tiempo” corresponde a la capacidad de respuesta, y “Recibo un trato respetuoso” se relaciona con la empatía (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Además, los aspectos que evalúan la calidad de los canales digitales o físicos conforman la dimensión funcional/tangible, la cual ha sido ampliamente estudiada recientemente sobre calidad en salud (Wu, Lee, Cheng, Du, & Lee, 2024). Investigaciones han examinado también esta dimensión en relación con la infraestructura y los servicios de salud (Rahim AIA, 2021). Como también, diversas investigaciones han demostrado que la experiencia del usuario fortalece a través de la evaluación de componentes digitales y tangibles.

Las dimensiones del modelo SERQUAL muestran una correlación significativa con la satisfacción del asegurado y su continuidad en el uso de los servicios (Hamzeh, Hozarmoghadam, & Ghanbarzadeh, 2023). Del mismo modo, estudios actuales señalan que la calidad percibida influye directamente en la permanencia del usuario dentro del sistema de salud, especialmente cuando se requiere estabilidad en la atención (Parillo Condori & Condori, 2025). Por ello, esta clase de medición concuerda con los estándares internacionales que se emplean para determinar la calidad percibida en servicios sanitarios, lo cual posibilita la obtención de indicadores creíbles y validos acerca de la experiencia del usuario (Hamzeh, Hozarmoghadam, & Ghanbarzadeh, 2023). Igualmente, gracias a su diseño, el instrumento facilita la detección de brechas de servicio y de oportunidades de mejora alineadas con los modelos internacionales de evaluación sanitaria (Parillo Condori & Condori, 2025).

Valor percibido y sacrificio

La evaluación del usuario inicia con la percepción de la calidad, siguiendo una secuencia lógica: calidad, valor, satisfacción, conducta. Esta primera percepción incluye directamente en el valor percibido, definido como la relación entre los beneficios obtenidos y los costos asumidos, tanto monetarios como de esfuerzo (J. JOSEPH CRONIN, BRADY, & HULT, 2000).

La satisfacción global, considera un antecedente directo de las conductas futuras del cliente, depende del valor y de la calidad percibida. Por ello, diversas investigaciones evidencian que esta satisfacción anticipa conductas como la recomendación, la intención de renovar o la cancelación

(Chi & Phan, 2025).

En los instrumentos aplicados en servicios de salud, la estructura del modelo se refleja en la relación entre la calidad medida con SERVQUAL, el valor percibido y la satisfacción del asegurado (Waluyowati, 2023). Como indican investigaciones recientes, la calidad que se evalúa a través de cinco ítems SERVQUAL, nutre directamente las percepciones de valor obtenidas de dos ítems destinados a medir el balance entre costos y beneficios (Sánchez, Reyes, & Rodríguez, 2025). A la vez, el valor percibido afecta la satisfacción medida con dos ítems que resumen el análisis emocional del cliente en relación al servicio. Esta relación cuenta con respaldo de evidencia empírica reciente (Nursalim, Tannia, & Roberto, 2024). La forma en que reaccionan los asegurados frente al servicio recibido puede evaluarse a través de variables conductuales, como la intención de recomendar o cambiar de proveedor, utilizando el indicador Net Promoter Score (NPS) (Waluyowati, 2023).

El Net Promoter Score (NPS) es una de las herramientas más usadas para saber qué tan fieles son los clientes a un servicio. Se basa en una sola pregunta sobre si recomendaría el lugar a otros, lo que permite agrupar a las personas según qué tan conformes están. El resultado final se calcula restando a los clientes insatisfechos de los que están muy contentos tras recibir la atención.

Desde la teoría, los casos de investigaciones evidenciaron como el valor percibido actúa como un elemento intermediario entre la calidad del servicio y la satisfacción del cliente, especialmente en contextos de servicios digitales y públicos (Chi & Phan, 2025). Por eso, esta métrica no solo califica el momento, sino que ayuda a predecir si los clientes volverán y si hablarán bien del servicio a los demás.

Estos estudios también indican que los modelos que integran calidad del servicio, el valor percibido y la satisfacción explican de forma sólida la continuidad del uso del servicio y la lealtad del usuario (Changwen, Vongchavalitkul, & Navavongsathian, 2024). También destaca que en contextos donde el precio y la transparencia de la información influyen en la decisión del asegurado, el valor percibido adquiere un papel aún más decisivo (Le, Ngo, Chau, & Pham, 2025). En conjunto, estas evidencias muestran que la estructura propuesta en este modelo conceptual se alinea con el enfoque metodológico adoptado en trabajos recientes (Chi & Phan, 2025).

Justicia percibida del precio

La valoración comparativa básica que hace el asegurado al contrastar sus expectativas con la prestación real del servicio es lo que se conoce como satisfacción del cliente. En el área de los seguros y la medicina prepagada, este contenido va más allá de la simple calidad médica; incluye fundamentalmente la administración, la celeridad de los trámites y el nivel de información proporcionada. En este contexto, un cliente satisfecho no solo valida el servicio, sino que también se transforma en un agente de retención al mostrar una fuerte tendencia a renovar su contrato y a recomendar el servicio a otras personas (Luh Anggi Bellyantia, 2019).

Profundizando en este aspecto más a fondo, creemos que la variable más importante que impacta en la satisfacción y la lealtad es la justicia percibida del precio. Esto se comprende como la evaluación de la justicia de los costos y sus cambios. La justicia no es un concepto monolítico, sino que está formada por tres ámbitos fundamentales: la justicia distributiva, que juzga si el costo de la prima se corresponde con las ventajas adquiridas; la justicia procedimental, que demanda transparencia, claridad y coherencia en los métodos y criterios empleados para establecer o cambiar precios; y la justicia interaccional, que pone el foco en cómo son percibidos el respeto, la honradez y la calidad del trato durante el anuncio de decisiones económicas (Martin, Ponder, & Lueg, 2009). En base a lo anterior, el enfoque de la investigación debe ser la transparencia informativa, que es el precursor fundamental en el fortalecimiento de la justicia procesal. Cuando la compañía consigue transmitir de forma precisa, clara y confiable los motivos de un ajuste en el precio, convierte un suceso negativo (el incremento) en un proceso legítimo y comprensible, lo que reduce la resistencia del cliente. Esta lógica se aplica también a la recuperación del servicio, o sea, a la administración de quejas. La resolución satisfactoria del problema solo puede asegurarse cuando el asegurado siente justicia en la compensación (distributiva), en el proceso de solución (procedimental) y en el trato que recibe (interaccional), lo cual fortalece así su fidelidad a largo plazo (Lim, Saha, & Das, 2025).

La justicia percibida del precio se entiende como el juicio que formulan los consumidores sobre si los precios y sus cambios resultan justos y apropiados. La literatura señala que la percepción de justicia se construye a partir de tres dimensiones fundamentales; distributiva, procedimental e interaccional, que abarcan la percepción sobre los resultados recibidos, cuán justos son los procedimientos y como es el trato y la comunicación durante el proceso (Colquitt, 2001).

La justicia distributiva se refiere a la percepción del cliente sobre la relación entre el precio pagado

y los beneficios recibidos (Radic, 2024). Por su parte, la justicia procedimental se centra en analizar si las reglas y procesos son transparentes, coherentes y equitativos con el precio que se paga, y si el usuario cuenta con canales para pedir explicaciones o presentar reclamos (Leventhal, 1980). Por su parte, la justicia interaccional evalúa la calidad del trato y la comunicación, centrándose en el respeto, la honestidad y la claridad durante la ejecución de decisiones asociadas al precio (Martínez-Tur, Ramos, Peiro, & Moliner, 2006).

Los estudios indican que existen elementos económicos y dimensiones procedimentales e interaccionales que influyen en la percepción de equidad del precio (Campbell, Pomerance, & Percival Carter, 2025). Además, se señala que las percepciones de daño moral o perjuicio derivado de un precio, en especial cuando el cliente considera que la empresa se aprovecha de su vulnerabilidad, contribuyen de forma notable a la percepción de injusticia.

En el ámbito de la salud, el cliente es particularmente vulnerable, ya que no sabe en qué momento se puede enfermar o cuando necesitara atención y tiene muy poca claridad sobre coberturas, costos o procedimientos (ARROW, 1963). Por ello, la economía de la salud reconoce que la incertidumbre y la información incompleta son elementos que definen este mercado, lo que complica tratar los servicios médicos como si fueran comunes, lo cual genera precios poco claros y difíciles de entender. Estudios recientes también muestran que fijar precios en hospitales es complicado y poco transparente, incluido por costos, la competencia y los reembolsos, además de la desigualdad de información entre hospitales, aseguradoras y usuarios (Sirur & Pillai, 2024).

Debido a esta vulnerabilidad, la percepción de la justicia del precio se vuelve un componente moral. Según el “Moral Harm Model of Price Fairness” (Campbell, Pomerance, & Carter, 2025), los consumidores evalúan la equidad de un precio según el daño que creen que generan. Cuando un precio limita el acceso a bienes esenciales, la percepción de injusticia crece y disminuye la disposición a pagar, la lealtad, generando incluso reclamos y demandas de regulación. En salud, donde el servicio es vital para el bienestar o para mantener la funcionalidad, aumentar precios o no bajarlos cuando los costos bajan se ve como un acto inmoral porque causa un daño que podría evitarse.

A partir de lo anterior, la injusticia del precio no es solo un problema económico, sino también implica un daño moral que el asegurado percibe. Esta idea se relaciona con la toxicidad financiera, que describe los efectos dañinos que producen los gastos altos en salud, como endeudamiento, abandono de tratamientos, menor calidad de vida y deterioro de la supervivencia (Souza, y otros,

2016). Evidencia en oncología, estudios muestran una relación entre la toxicidad financiera y peores resultados como: mayor uso de servicios médicos y conductas como suspender o retrasar terapias y resultados clínicos inferiores, por lo cual se han desarrollado programas de apoyo financiero (Carrera, Kantarjian, & Blinder, 2018). Por ello, la percepción de daño moral asociada a precios considerados injustos y la toxicidad financiera se configura como factores interrelacionados que influyen de manera significativa en la experiencia del asegurado, ya que el precio deja de percibirse únicamente como un elemento económico para convertirse también en un problema ético y en una carga que condiciona sus decisiones y puede afectar su bienestar.

A nivel global, la evidencia muestra que el aumento de los costos de la atención médica ha llevado a millones de personas a situaciones de vulnerabilidad y pobreza, lo que subraya la importancia de fortalecer esquemas de financiamiento colectivo y mecanismo de pago anticipado que reduzca el gasto directo en el punto de atención y refuerce la protección financiera de los usuarios (World Health Organization & World Bank, 2023). Así, cuando la carga económica recae demasiado en el asegurado, con primas, copagos y deducibles crecientes, la injusticia del precio se convierte en un problema de equidad del sistema

Asimismo, la justicia procedimental del precio se basa en la transparencia y en la claridad con la que se comunican los incrementos y los criterios que los sustentan (Hall, 2025). Desde la ética de la transparencia, se plantea que contar con información clara favorece decisiones libres y disminuye el riesgo de daño financiero, mientras que su ausencia incrementa la desigualdad de información y la sensación de abuso (Jiang, Krishnan, & Ge Bai, 2023). La regulación actual muestra gran variabilidad de precios y poca adherencia en la publicación de tarifas, lo que evidencia la necesidad de reglas claras y datos útiles para pacientes y empleadores (Chartock, Simon, & Whaley, 2023)

En las aplicaciones empíricas (como encuestas y escalas), la justicia distributiva suele medirse mediante ítems que evalúan directamente el precio como: “Considero justo el monto de mi prima” (Martínez-Tur, Ramos, Peiro, & Moliner, 2006).

La dimensión procedimental se mide mediante enunciados que examinan la validez y consistencia de los criterios aplicados tales como: “Las razones que se ofrecen para los cambios de precio son apropiadas” (Heidary, van der Rest, & Custers, 2024).

Para evaluar la justicia interaccional se utilizan afirmaciones relacionadas con la calidad de la comunicación y el trato recibido, por ejemplo: “La información sobre los cambios de precio es clara y respetuosa” (Del Prete & Samoggia, 2023).

En los ámbitos de seguros y medicina propagada resulta fundamental implementar acciones diferenciadas para las dimensiones distributiva, procedimental e interaccional, dado que cada una aborda aspectos específicos que requieren intervenciones operativos particulares (Martínez-Tur, Ramos, Peiro, & Moliner, 2006).

Las percepciones de justicia ante un aumento dependen en gran medida de cómo la empresa comunica y justifica un aumento, tal como lo señalan los modelos de Price fairness (Homburg, Hoyer, & Koschate, Customers' Reactions to Price, 2005). La justicia procedimental se ve fortalecida cuando el proceso explicativo del ajuste es transparente, detallado y creíbles (Chen, Razzaq, Qing, & Cao, 2021). Al mismo tiempo, cuando los clientes sienten que los procesos detrás de un aumento son justos y transparentes, reaccionan con mayor comprensión y disminuye las reacciones negativas (Bolton, Warlop, & Alba, 2003). Además, estudios recientes muestran que la transparencia informativa favorece la percepción de justicia procedimental, especialmente en el sector de servicios. (Ching & Osborne, 2020).

Las personas pueden aceptar un proceso como legítimo cuando reciben explicaciones razonables, criterios claros de cálculo y comunicaciones oportunas, incluso si no desea el aumento (Thaichon, Cheah, & Ting, 2022)

Desde la perspectiva del juicio del precio, la equidad no depende solo del monto del incremento, sino también de trato recibido y del cómo en que se gestionan las interacciones (Asante, Tang, Kwamega, & Asante, 2022). La evidencia empírica señala que las percepciones de justicia organizacional se fortalecen cuando los procesos comunicacionales se desarrollan bajo criterios de respeto, empatía y transparencia (Hsu, 2018), lo cual contribuye, además, a disminuir el descontento a cambios dentro de los nuevos sistemas implementados para brindar un mejor servicio (Rubiano, Tobar, & López, 2022).

Investigaciones recientes respaldaron los hallazgos dentro de modelos integrados, donde la secuencia central sigue el orden: transparencia, justicia procesal, satisfacción, fidelidad o aceptación del aumento de la prima (Shaw, Chovancová, & Bejtkovský, 2022). Bajo este enfoque, la justicia funciona como un mecanismo que transforma un incremento negativo en uno proceso legítimo y entendible. Los elementos que componen este modelo han sido comprobados en múltiples estudios sobre el comportamiento del consumidor y entorno digitales (Tan, Zhao, Ma, Liu, & Zhao, 2025).

Las teorías sobre valor percibido plantean que este se forma como un balance entre los beneficios

recibidos (sociales, emocionales o funcionales) y los sacrificios asumidos por el consumidor, como esfuerzo, riesgo o precio (Solakis, Vences, & Bonilla, 2022).

En la vida diaria, una persona siente que un servicio realmente vale la pena cuando nota que los beneficios que reciben son mayores que el esfuerzo o el dinero que invirtió. Esta comparación ayuda al usuario a decir si lo que obtuvo justifica lo que tuvo que dar a cambio. (Sweeney & Soutar, 2001). Además, en este proceso influye mucho los sentimientos, como la calma, la seguridad y la confianza que el servicio le brinda. Por ejemplo, una forma de medir este valor emocional es preguntando qué tanta tranquilidad siente el cliente al saber que cuenta con su plan médico, ya que sentirse protegido es una parte fundamental de quedar satisfecho.

Los estudios indican que el valor percibido cumple un rol mediador entre variables antecedentes, como la calidad del servicio o la justicia percibida, y resultados conductuales tales como la satisfacción, la lealtad y la intención de recompra, evidenciando su relevancia dentro de modelos explicativos del comportamiento del cliente (PATMA, KUSUMAWATI, MAULUDIN, & ZAINI, 2020). Además, se ha comprobado que cuando el valor percibido es elevado, el cliente muestra menor sensibilidad al precio y aumenta la probabilidad de que el usuario continúe con el servicio, incluso cuando se presentan modificaciones incrementos (Ali, Tauni, & Ali, 2022)

El valor percibido incluye un componente social y racional, ya que contribuye a que el usuario genere confianza y afinidad hacia la marca o el servicio (Ha & Lee, 2022). Por ello, se plantea que las escalas de valor percibido utilizadas en encuestas pueden emplearse como mediadores entre la calidad o justicia y las conductas del asegurado, respaldándose en esta base teórica (Patel, Trivedi, & Yagnik, 2020)

El modelo de justicia aplicado a la recuperación del servicio plantea que, cuando un usuario presenta un reclamo, su percepción de justicia en las dimensiones procedimental, distributiva e interaccional determinan que tan satisfechos quedan con la resolución del problema (Babin & Boles, 1998). Para entender su impacto, estas dimensiones se describen de la siguiente manera:

- La justicia distributiva evalúa si la compensación o el reembolso recibido compensan adecuadamente las molestias experimentadas (Tax, Brown, & Chandrashekar, 1998).
- La justicia procedimental se refiere a la valoración que realiza los usuarios respecto a la equidad y claridad de los procesos establecidos para la gestión de reclamos, considerando aspectos como la consistencia en su aplicación, la transparencia de la información y la posibilidad de obtener explicaciones oportunas (Beheshti, Gopinath, Ashouri, & Zal, 2023).

- En cuanto a la justicia interaccional se enfoca en la percepción sobre la calidad obtenida dentro del proceso, teniendo como prioridad, la honestidad, el respeto y la atención personalizada brindada por el personal (Huang, Yang, & Yang, 2022).

Ambas metodologías tanto la teórica y empírica pueden operar dentro del cuestionario, relacionados con experiencias de reembolso y gestión de reclamos, complementados con preguntas abiertas que permiten profundizar en la vivencia reciente del usuario y enriquecer el análisis cualitativo. Esto permite analizar como la calidad de la recuperación influye en la percepción de justicia y, por ende en la satisfacción de quienes han presentado quejas (Putra & Yasa, 2021).

En consecuencia, estudios recientes destacan que incluir las tres dimensiones de justicia dentro del análisis de la recuperación del servicio proporciona una base firme para explicar cómo el proceso de reclamos se relaciona con la fidelidad del cliente, lo cual respalda la importancia de medir cada dimensión de manera independiente (García, Hernández, & Flores, 2025).

Movilidad del cliente, costos de cambio y lock-in

El concepto de “costos de cambio” se refiere a las barreras que enfrentan los clientes cuando desean reemplazar a su proveedor de servicio. Estos costos se agrupan en tres categorías: relacionales, financieros y procedimentales. Analizarlos permite aclarar por qué los clientes pueden mostrar resistencia a cambiar y como esto afecta su continuidad con el proveedor (Burnham & Frels, 2003). Los costos de cambio procedimentales abarcan el tiempo, el esfuerzo y la complejidad asociados a trasladarse a un proveedor diferente. Dichos costos se manifiestan en actividades con cumplir con gestiones administrativas o familiarizarse con un sistema nuevo. Estudios previos han aplicado indicadores como: “Cambiar me exigiría mucho tiempo y esfuerzo” para evaluar esta dimensión (Tawseef & Bhat, Costos de cambio y fidelización del cliente: una revisión de la literatura, 2021). Los costos emocionales o relacionales se encadenan con el nivel de confianza y cercanía que el cliente mantiene con su proveedor, así como al malestar que surge cuando ese lazo se quiebra. Esta dimensión resalta la importancia de las relaciones personales y de la lealtad en la decisión de permanecer o cambiar (Evanschitzky, Stan, & Nagengast, Fortalecer el vínculo satisfacción-fidelidad: el papel de los costes de cambio relacionales, 2021).

En particular, utilizar un índice de costos de cambio permite analizar cómo estas barreras influyen en la lealtad y la retención del cliente, sobre todo en escenarios marcados por percepciones de injusticia o insatisfacción (Tawseef & Bhat, 2021).

Transparencia informativa y comunicación de incrementos

La transparencia informativa se ha convertido en una práctica corporativa habitual, particularmente en los servicios de salud y seguros, donde los usuarios requieren conocer precios, coberturas y variaciones de tarifas. Una de las investigaciones revisadas indica que cuando los costos y cambios se explican con claridad y a tiempo, los usuarios se sienten más seguros y fortalece su capacidad de toma de decisiones (Cordina & Greenberg, 2020).

Fortalecer la percepción de justicia procedimental en los seguros y servicios de salud, requiere una comunicación clara sobre los incrementos de precios y una información accesible y comprensible para los usuarios. La normativa estadounidense “Transparency in Coverage” establece que las aseguradoras establezcan información aplica y accesible sobre los costos y sus variaciones, permitiendo al usuario comprender mejor sus obligaciones y tomen decisiones informadas (Services, Labor, & Treasury, 2020). Aunque estas reglas solo aplican en Estados Unidos, sus ideas principales sirven como ejemplo para que otros países mejoren la honestidad y la confianza en sus servicios de salud. Un punto clave es como se avisa sobre el aumento de los precios; cuando los cambios se explican de forma clara, con razones justas y usando palabras sencillas, las personas sienten que no las están engañando. Esto ayuda a que los usuarios acepten mejor los nuevos costos, evitando que se quejen formalmente o que decidan cancelar su plan médico por sentirse insatisfechos.

Conocimiento del producto/condiciones contractuales

Dominar de forma adecuada las condiciones del contrato y del producto es fundamental para la evaluación del servicio por parte del asegurado, ya que facilita la toma de decisiones informadas y reduce la incertidumbre. Se ha evidenciado que la mayoría de clientes no comprende o no revisa por completo los términos y condiciones al contratar, afectando su satisfacción y su nivel de confianza (OECD, 2021).

Comprender claramente cómo funciona el ajuste de prima, las exclusiones, las coberturas y el proceso de reclamación en seguros médicos y servicios de salud contribuye a una mayor percepción de transparencia y reduce a una menor percepción de riesgo. Como resultado, incrementa la satisfacción del usuario y el valor que atribuye al plan (Loewenstein, Sunstein, & Golman, 2014). En el sector de la salud, la evidencia actual muestra que cuando los usuarios comprenden mejor las

condiciones del contrato, es más probable que evalúen de manera positiva el servicio y reduzca la tendencia a cambiar de compañía abandonar el plan (Setyawan, Supriyanto, Ernawaty, & Lestari, 2020).

Marco regulatorio y derechos del asegurado

Proteger los derechos de los asegurados requiere un marco regulatorio adecuado en materia de seguros y salud, que asegure condiciones de transparencia, justicia y acceso a datos relevantes. Un ejemplo claro es la ley Transparency in Coverage de Estados Unidos, que exige a las aseguradoras y planes de salud publicar tarifas negociadas, los costos compartidos y la información en formatos comprensibles para los usuarios.

A esto se suma, la CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) que fomentan la transparencia de precios en los planes de salud, facilitando que las personas conozcan con anticipación el costo de los servicios que van a utilizar (CMS, 2020).

Así mismo, investigaciones recientes señalan que este tipo de regulaciones promueven la competencia, reducen costos y fortalecen la percepción de equidad en los seguros (Han, Lee, & Jongsun, 2022). Por ello, proporcionar a los asegurados información clara y anticipada sobre la cobertura y los costos de su plan incrementa su empoderamiento y favorece una relación contractual más equitativa (Chen & Miraldo, 2022).

Modelo conceptual e hipótesis

El modelo conceptual se basa en la Teoría de la Expectativa-Confirmación (ECT), la cual plantea que la satisfacción del cliente depende de la comparación entre sus expectativas y el desempeño real recibido (Bhattacharjee, Comprensión de la continuidad de los sistemas de información: un modelo de expectativa-confirmación, 2001). Bajo este enfoque, cuando el servicio cumple o supera las expectativas, se produce una confirmación que fortalece la satisfacción y la intención de continuar usando el servicio.

Este enfoque permite diseñar un modelo donde la justicia del precio, la transparencia informativa y la calidad percibida son factores que influyen directamente en la satisfacción del asegurado (Nguyen, La relación entre la calidad percibida del servicio y las expectativas sobre la satisfacción y la lealtad del cliente, 2021). El modelo plantea que una percepción alta de justicia y calidad incrementa la satisfacción, lo que a su vez aumentará su intención de recomendar el servicio y

disminuirá la inclinación a cambiar de proveedor (Nguyen & J., 2023).

También se incorporan factores contextuales con los costos de cambio. De este modo, incluso cuando existe niveles de insatisfacción o percepciones de injusticia, los usuarios con costos de cambio elevados suelen mostrar una menor disposición a abandonar el servicio (Bhattacharjee, Comprensión de la continuidad de los sistemas de información: un modelo de expectativa-confirmación, 2001). La estructura propuesta sigue la cadena transparencia calidad, valor percibido, satisfacción, conducta, utilizando la ECT como mecanismo psicológico que explica cómo reaccionan los usuarios ante su experiencia (Shukla, Mishra, & Dwivedi, 2025). Asimismo, el rol central de la transparencia informativa como antecedente se respalda en la normativa enfocada en la claridad de los precios sanitarios (Chen & Miraldo, 2022).

Operacionalización y escalas de medición

Para poder medir las variables de una investigación, es indispensable convertir los conceptos teóricos en indicadores observables y cuantificables. La medición de satisfacción, el valor percibido o la calidad del servicio; es posible gracias a esta herramienta. Por lo cual se requiere una definición adecuada del marco conceptual del constructor y desarrollar ítems que lo demuestren de forma correcta (Morgado, Meireles, Neves, Amaral, & Ferreira, 2018).

En relación a los lineamientos metodológicos respecto a los campos de servicio y marketing, el desarrollar escalas de medición implica un proceso sistemático que involucra la selección y redacción de ítems, el desempeño de pruebas piloto, la depuración de herramientas, aplicación de análisis factoriales y la evaluación del nivel de validez y confiabilidad (Boateng, Neilands, Frongillo, Quiñonez, & Young, 2018).

En el contexto de seguros y medicina prepagada, este procedimiento debe ajustarse a las características del perfil del asegurador que los ítems sean pertinentes y comprensibles, y que el instrumento resultante cumpla con los criterios técnicos necesarios para su utilización en análisis estadísticos multivariados. Asimismo, la adaptación contextualizada de escalas previamente validadas y su revisión sistemática fortalecen la precisión y confiabilidad de las mediciones (Parra & Zipaquirá-Vargas, 2016).

Modelo Teórico Integrado

Esta investigación parte de la Teoría de la Expectativa-Confirmación (ECT), la cual explica la satisfacción como el resultado de contrastar lo que el usuario esperaba con lo que realmente experimenta (Oliver, 1980). Desde esta perspectiva, las expectativas influyen en la forma en que se evalúa el servicio y determinan si la experiencia resulta mejor o peor de lo esperado, influyendo directamente en el nivel de satisfacción. Este enfoque ha sido ampliamente comprobado y sigue mostrando evidencia reciente, con meta análisis que respaldan el efecto central de esa diferencia y la influencia positiva de las expectativas en la satisfacción, especialmente en servicios (Bhattacharjee, 2001).

Dentro del sector de los servicios, la ECT se ha ajustado y evaluado ampliamente en sistemas y entornos de uso habitual, mostrando que la combinación entre el grado de confirmación de expectativas y la utilidad percibida determina la intención de seguir utilizando el servicio a través de la satisfacción (Bhattacharjee, 2001). En el ámbito de seguros y medicina prepagada, las expectativas del cliente sobre calidad, cobertura, trato y precio se comparan con la experiencia real en procesos clave como autorizaciones, reembolsos y atención médica. De este modo, cuando la experiencia coincide o supera lo esperado, la satisfacción aumenta, cuando no, disminuye. De esta forma, la ECT permite comprender como se relacionan las expectativas, la experiencia percibida y satisfacción en un servicio de salud especialmente sensible para el usuario.

En este modelo, la calidad percibida del servicio, tanto en la parte técnica como la administrativa, la justicia del precio y la transparencia de la información actúan juntas para definir el valor que el usuario percibe, que a su vez impulsa la satisfacción. Los estudios en servicios muestran que calidad valor y satisfacción influyen de manera directa e indirecta en la forma en que los clientes actúan, como recomendar o seguir usando un servicio (Jr., Brady, & Hult, 2000). También se ha visto que, cuando las empresas comunican de forma clara y justa los incrementos de precio, las reacciones negativas disminuyen (Homburg, Hoyer, & Koschate, 2005). En el ámbito de la salud, estudios recientes muestran que explicar de forma clara los costos, las normas y los criterios ayuda a generar confianza y permite que las personas tomen decisiones mejor informadas. (Araich, Tran, Jung, Horný, & Sadigh, 2023).

La decisión de recomendar un servicio o abandonarlo no depende únicamente de la satisfacción. Hay costos de cambio que pesan bastante como el tiempo y esfuerzo que toma hacer un trámite, el riesgo de perder beneficios o pagar penalidades o incluso la incomodidad de romper una relación

de confianza con el proveedor, estos factores pueden hacer que los usuarios permanezcan aunque estén inconformes o que si los costos son bajos, cambien fácilmente de proveedor (Burnham, Frels, & Mahajan, 2003). Estos costos relacionales pueden fortalecer o debilitar la lealtad, cuando son moderados apoyan, apoyan el vínculo entre satisfacción y permanencia, pero cuando son muy altos pueden debilitarla (Evanschitzky, Stan, & Nagengast, 2021). Investigaciones en retail también muestran que su efecto sobre la satisfacción y la recompra no es lineal, sino en forma de U invertida (Nagengast, Evanschitzky, Blut, & Rudolph, 2014). En Ecuador, la autoridad de competencia ha destacado que cambiar de aseguradora puede implicar perder beneficios o reiniciar periodos de carencia, lo que frena a los usuarios incluso cuando no están satisfechos (SCE, 2025)

De acuerdo con los estudios identificados en el ámbito ecuatoriano, existe un diagnóstico regulatorio que señala problemas de baja transparencia, altos costos de cambio y diversas barreras en seguros y medicina prepagada (La Hora, 2025). Sin embargo, en la actualidad no se ha evidenciado resultados de estudios que integren en un solo modelo multivariado la relación entre la calidad percibida por el consumidor, precio justo, transparencia y el valor percibido, satisfacción y costos de cambio que justifique la recomendación o abandono del servicio. Siguiendo esta corriente, la propuesta que plantea la presente investigación es un modelo integrado que combina estas variables, fundamentado en la Teoría de la Equidad del Consumidor (ECT) el cual es respaldado por evidencia internacional, resultando en un aporte innovador dentro del contexto ecuatoriano, brindando información de gran relevancia para entes reguladores como la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (SCE) y para la mejora de la calidad en el sector de salud privada.

Capítulo 2:

Metodología

Tipo de estudio

La presente investigación se desarrolla desde un enfoque cuantitativo, orientado a evaluar de manera objetiva como los asegurados perciben dimensiones específicas como la justicia del precio, calidad del servicio, transparencia informativa, valor percibido, nivel de satisfacción y costos de cambio. Gracias a este método es posible trabajar con datos numéricos mediante un cuestionario estructurado, permitiendo el uso de técnicas estadísticas para detectar patrones y relaciones entre las variables. Se eligió un enfoque no experimental porque permite obtener resultados claros que ayudan a los dueños de clínicas y seguros a tomar mejores decisiones. Para lograrlo, se observó todo tal como sucede en la vida diaria, sin que el investigador cambiara nada ni influyera en lo que pasaba. Este método es ideal para describir la realidad y entender cómo se relacionan los diferentes problemas sin alterar el funcionamiento normal del servicio de salud.

De igual manera, la investigación se caracteriza por ser transversal, al recolectar los datos en un único momento temporal, lo que permite obtener un panorama preciso de las percepciones de los usuarios respecto al sector y medicina prepagada en Ecuador durante el periodo de estudio. Este enfoque facilita el análisis de tendencias y relaciones entre variables dentro de un contexto específico, sin pretender evaluar cambios a lo largo del tiempo.

En suma, el estudio considera un enfoque correlacional-explicativo, debido a que permite identificar relaciones clave entre variables y como estas afectan la intención del cliente, incluida la recomendación del servicio o la sustitución del mismo.

Población

La población del estudio se enfoca en adultos de 18 años en adelante que cuenten con un seguro de salud o un plan de medicina prepagada vigente en Ecuador. Este grupo está conformado por usuarios del sistema privado de salud, quienes participan activamente en procesos administrativos como autorizaciones, reembolsos y ajustes de primas.

Este estudio no incluyó a personas que solo usan hospitales públicos o que no tienen un seguro privado.

Como no hay una lista oficial que diga exactamente cuántas personas están afiliadas en total, se usó un reporte de la Superintendencia de Competencia Económica (SCE, 2025), para entender el

tamaño del mercado. Según este informe, en el país funcionan 23 empresas de medicina prepagada y 26 compañías de seguros que ofrecen servicios de salud, las cuales sirvieron de guía para esta investigación.

Aunque estos datos no permiten conocer el número exacto de afiliados, sí muestran la amplitud del universo estudiado y respaldan el uso de metodologías estadísticas para poblaciones infinitas al calcular la muestra.

Muestra

Debido a que no hay una cifra exacta del total de afiliados al sistema privado de salud en Ecuador, se optó por usar la fórmula para poblaciones infinitas. Este recurso se emplea cuando la población es demasiado grande o no está claramente identificada, y ayuda a determinar un número suficiente de encuestas para obtener resultados confiables.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Los parámetros considerados fueron:

- **Nivel de confianza (Z):** Se usó un valor de 1.96, que corresponde al 95%, ya que es la referencia más común en estudios sociales para tener resultados más seguros.
- **Proporción esperada (p y q):** Se tomó $p = 0.5$ y $q = 0.5$, lo que indica la mayor variación posible en las respuestas y permite calcular una muestra más amplia y segura.
- **Error de estimación (E):** Se utilizó un margen de error de 0.05 (5%), lo que ayuda a equilibrar la precisión del estudio con una muestra razonable, algo especialmente útil en investigaciones exploratorias.

Al sustituir los valores en la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2} = 384.16$$

El resultado del cálculo indica que con 384 encuestas válidas es posible cumplir con los criterios definidos para este estudio. Se optó por un margen de error del 5% porque la investigación es exploratoria y busca principalmente identificar patrones y vínculos entre variables, no estimar resultados representativos de toda la población. Esta elección está en línea con lo propuesto por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2018), quienes señalan que en estudios de este tipo el tamaño de la muestra debe elegirse según la precisión y la seguridad que se quiere

lograr. Por eso, usar estos márgenes de error y confianza son adecuados ya que permite resultados fiables sin necesitar un número excesivo de encuestas.

Además, este tamaño de muestra resulta adecuado para trabajar con análisis descriptivos, correlaciones y pruebas multivariadas básicas. Esto es fundamental porque el estudio evalúa varias dimensiones como calidad percibida, la justicia del precio, la transparencia informativa, el valor percibido y la satisfacción del usuario.

Tipo de muestreo

Para la recolección de datos se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde las personas participaron según su acceso y voluntad para responder el cuestionario digital. El uso de este método se sustenta en la falta de un registro completo de afiliados, la facilidad de acceso a la población y para la optimización de recursos. Además, es una estrategia común en investigaciones exploratorias, enfocadas en observar tendencias y relaciones entre variables.

Criterios de inclusión y exclusión

Para elegir a los participantes se definieron criterios que garantizan la relevancia de la información. Se incluyó a personas mayores de 18 años que hayan tenido un seguro médico privado o un plan de medicina prepagada activo en los últimos doce meses, ya sea como titulares o beneficiarios. También se estableció como requisito que los participantes residan en Ecuador, sin limitar la participación por provincia, ya que el estudio busca reflejar una visión nacional del sector.

Se excluyó a las personas que dependen únicamente del sistema público o que no poseen cobertura privada, debido a que no pueden aportar información relevante sobre la experiencia asociada a un plan privado. De igual manera, se descartó a quienes nunca han usado su plan, porque no tendrían referencias para valorar el servicio. Por último, se eliminaron los cuestionarios incompletos o con respuestas dudosas para mantener la fiabilidad de los datos.

Modo de aplicación y período de levantamiento

La recolección de datos se llevó a cabo de forma online mediante un cuestionario digital que se compartió por diferentes plataformas. Este formato facilitó llegar a personas de varias provincias del país, reduciendo tiempos y costos, y permitiendo una cobertura amplia. El levantamiento de la información se realizó en un solo periodo, entre diciembre de 2025 y enero de 2026, siguiendo el

marco temporal definido para el estudio.

Cuestionario

El instrumento aplicado fue un cuestionario estructurado, compuesto por ítems organizados según las variables del modelo conceptual. Cada constructo se midió mediante una escala Likert de cinco puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo), excepto la intención de recomendación, evaluada con el indicador NPS (0–10). La distribución aproximada de ítems por constructo fue la siguiente:

- **Calidad percibida del servicio:** 8 ítems sobre confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y desempeño de canales físicos y digitales.
- **Transparencia informativa:** 5 ítems orientados a claridad, anticipación y acceso a información sobre incrementos y condiciones del plan.
- **Justicia percibida del precio:** 9 ítems distribuidos en justicia distributiva, procedimental e interaccional.
- **Valor percibido:** 4 ítems que miden la relación costo–beneficio y la sensación de seguridad.
- **Satisfacción:** 3 ítems enfocados en la evaluación global del servicio y los tiempos de respuesta.
- **Costos de cambio:** 6 ítems que cubren barreras procedimentales, emocionales y relacionales.
- **Intención conductual:** 2 ítems, uno para intención de cambio y otro para recomendación (NPS).

Los ítems fueron adaptados de escalas clásicas y validadas, como SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985), (Colquitt, 2001) y (Martínez-Tur, Ramos, Peiro, & Moliner, 2006); para justicia percibida; (Sweeney & Soutar, 2001); para valor percibido; además de referencias recientes sobre satisfacción y costos de (Burnham & Frels, 2003); (Waluyowati, 2023). Todas las escalas se ajustaron al contexto ecuatoriano de seguros y medicina prepagada, siguiendo criterios metodológicos para asegurar validez y confiabilidad en estudios aplicados.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA / TIPO DE DATO
Calidad percibida del precio	Canales, confiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta.	Confiabilidad en la resolución, cumplimiento de compromisos, rapidez en la atención, operación de los canales.	Likert 1–5
Transparencia informativa	Claridad, anticipación, acceso.	Información clara sobre incrementos, explicación comprensible, canales para consultar cálculos.	Likert 1–5
Justicia percibida del precio	Distributiva, procedimental, interaccional.	Comunicación clara, trato respetuoso, relación entre prima y beneficios, coherencia en los criterios de ajuste.	Likert 1–5
Valor percibido	Funcional, emocional.	Relación entre costo y beneficio, sensación de seguridad.	Likert 1–5
Satisfacción	Global.	Evaluación general del servicio, tiempos de respuesta.	Likert 1–5
Costos de cambio	Procedimentales, relacionales, emocionales.	Obstáculos de tiempo y esfuerzo, pérdida de ventajas, relaciones de confianza.	Likert 1–5
Intención conductual	Recomendación, intención de cambio.	Probabilidad de recomendar, disposición a cambiar de proveedor.	NPS (0–10) / Likert 1–5
Preguntas abiertas	Opinión sobre justicia del precio, experiencias.	Comentarios sobre percepción de precio y trámites.	Texto libre
Datos sociodemográficos	Edad, género, nivel educativo, situación laboral, provincia, tipo de plan.	Caracterización de la muestra.	Categórico / Numérico

Capítulo 3:

Resultados

Análisis cualitativo

Experiencia clínica y trato del personal

De forma global, la mayoría de los participantes describen que su experiencia con el servicio ha sido buena, destacando una atención rápida, el trato amable y la conducta profesional del personal. Además, varios participantes consideran que la posibilidad de escoger médicos dentro de la red médica son elementos que generan tranquilidad y motivan la recomendación. Aunque los pacientes valoran mucho la buena atención médica, el trato amable y la rapidez de los doctores, estas experiencias positivas suelen mezclarse con quejas por problemas de oficina.

Cuando los empleados son profesionales y la red de clínicas es amplia, la gente confía más en el servicio; pero esa confianza se pierde cuando hay demasiados tramites, falta información clara o se produce retrasos inesperados. Es decir, mientras que la calidad de los médicos motiva a las personas a recomendar el seguro, el desorden administrativo y la mala comunicación genera dudas, haciendo que los usuarios se sientan insatisfechos y no estén seguros de querer seguir con el plan. Es esencial perfeccionar los procedimientos, definir requisitos, cumplir con los plazos y mejorar la comunicación para preservar el impacto positivo de la experiencia.

Gestión administrativa y comunicación sobre incrementos de prima

En relación con la explicación del incremento de la prima, las respuestas muestran dos posturas. Por un lado, algunos participantes indican que si se les explico el incremento debido a la inflación del sector de la salud, el aumento de costos médicos y hospitalarios así como los ajustes anuales de los planes. Además, algunos usuarios comentaron que no recibieron información clara o que solo recuerden avisos generales sobre aumentos de precio sin explicación detallada. Esta situación demuestra que existe una falla en la comunicación, ya que, aunque haya buenas razones para cambiar los costos, estas no se explican de forma sencilla. Al final, el uso de palabras muy técnicas o la falta de detalles impiden que las personas entiendan realmente porque están pagando más, lo que genera confusión en lugar de confianza.

Cuando el aumento de precio se explica de forma clara y con tiempo, los clientes sienten que el cambio es justo y honesto, lo que les da tranquilidad sobre lo que están pagando. Sin embargo, si la información llega tarde o es difícil de entender, la satisfacción de las personas cae, se pierde la

confianza y dejan de recomendar el servicio.

También influye mucho el trato: si la empresa se comunica con respeto y empatía, los usuarios aceptan mejor el ajuste; pero si la comunicación es escasa o complicada, aparece un sentimiento de injusticia que daña la imagen de todo el servicio. Esto quiere decir, para que un aumento no moleste tanto, es fundamental avisar con anticipación, ser transparente y tratar al asegurado con mucha amabilidad. Para disminuir las resistencias y fomentar la legitimidad, es imprescindible unificar el protocolo de notificación, describir los cálculos y criterios con ejemplos claros, dar vías para consultar y transmitir el cambio por adelantado.

Experiencia con trámites y reembolsos

En cuanto a los trámites de reembolso, las experiencias son diversas. Cuando estos se realizan por canales digitales o con un soporte presencial o telefónico eficiente, el proceso suele percibirse como ágil y simple, gracias a la facilidad en la carga de documentos, la claridad de los requisitos y plazos de acreditación razonables. En contraste, se observan demoras que superan los plazos prometidos, solicitudes de documentación que no fueron aclarados al comienzo y rechazos con explicaciones que los usuarios consideran poco claras. En estos casos, las personas comentan que necesitan comunicarse varias veces para que su problema sea atendido. Esta repetición hace que el proceso se vuelva cansado y molesto, lo que afecta de manera directa como se siente con el servicio. Al final, esa experiencia poco satisfactoria influye en que lo valoren de forma negativa.

Cuando los reembolso se gestionan de forma rápida, clara y sin cambios inesperados, las personas sienten que el proceso es justo y valoran mejor el servicio, lo que aumenta su satisfacción. En cambio, si existen demoras, negativas sin una explicación comprensible o se solicitan requisitos que no fueron informados desde el inicio, la confianza disminuye. Cuando la atención es confusa o distante, el usuario puede empezar a perder el interés, dejar de recomendar el seguro e incluso buscar otra opción para cambiarse. Por eso, la forma en que se entrega la información durante un trámite es fundamental: cuando se explica con claridad y respeto, la persona siente que el trato es justo, pero si la respuesta es fría, el usuario se puede sentir mal atendido aunque el proceso se haya cumplido.

Al momento de pedir un reembolso es especialmente importante, ya que la rapidez para devolver el dinero y lo sencillo de las explicaciones definen si el cliente queda satisfecho o no con todo el servicio. Por el contrario, procesos lentos u opacos deterioran la confianza. Para optimizarlo, es

clave ordenar el flujo de reembolso, dejar los requisitos claros desde el inicio, cumplir plazos verificables, permitir el seguimiento del caso en tiempo real y ofrecer explicaciones claras ante rechazos, junto con un canal de consulta que garantice tiempos de respuesta.

Percepción del precio justo

Cuando se habla de lo que sería un precio justo, la mayoría de las personas coincide en cuatro aspectos clave. La primera de ellas es la cobertura, donde se espera que lo que ofrece el plan este en sintonía con su precio, incluyendo mayor diversidad de especialidades, montos de cobertura más altos y una red medica amplia que facilite el acceso y reduzca los traslados. El segundo aspecto se relaciona con la calidad de la atención, asociada a la consistencia del servicio, la claridad en el trato y los procesos ágiles, con menos tramites, tiempos de respuesta claros y reembolsos a tiempo.

Otro factor que es clave es la honestidad, que consiste en explicar los aumentos de precios de forma sencilla, con cuentas fáciles de sacar y sin que aparezcan cobros sorpresas o cargos ocultos. También es muy importante la estabilidad, ya que los clientes prefieren que las tarifas no cambien de golpe para poder organizar mejor su dinero. Cuando un seguro ofrece buena atención, hace los trámites rápidos, informa con claridad y mantiene sus precios estables, la gente siente que lo que está pagando es realmente justo. Además, algunos señalan que el valor actual es aceptable, siempre y cuando no se reduzcan los beneficios ni baje la calidad del servicio.

La unión entre una buena cobertura, un servicio adecuado, explicaciones claras y precios estables hace que las personas sientan que lo que pagan vale la pena y que el cobro es justo. Sin embargo, cuando el costo se percibe como injusto de manera repetida, aumenta la idea de cambiarse. Aun así, los tramites, el tiempo invertido y los lazos ya formados con la empresa pueden frenar la decisión de irse y mantener a los usuarios, incluso cuando no están del todo conformes.

El precio se considera justo cuando el asegurado siente que lo que paga refleja realmente lo que recibe, con información clara y ajustes previsibles, ese equilibrio impulsa la satisfacción y la decisión de seguir con el servicio. Para reforzarlo, es importante mostrar de forma simple el valor del plan, explicar cómo y porque se ajusta el precio, avisar con anticipación y ofrecer opciones de planes o coberturas que se adapten a cada perfil.

Aunque los pacientes hablan bien de los médicos y las clínicas, su opinión empeora cuando se enfrentan a problemas de oficina como esperas largas, falta de información o trámites sin seguimiento. Un punto crítico es como se avisa sobre los aumentos de precio: si se explica con

sencillez y detalle, la gente los acepta mejor, pero si no se hace así, surge la desconfianza. Igualmente, los usuarios se sienten mucho más satisfechos cuando los reembolsos por internet son rápidos y tienen reglas claras. Las personas sienten que el precio es justo cuando ven que lo que reciben vale lo que pagan, cuando los aumentos no son una sorpresa y cuando la empresa les habla siempre con claridad. Estos aspectos, en conjunto, permiten que las personas consideren que el dinero que entrega es razonable y acorde al servicio recibido.

En conjunto, las fallas operativas y de comunicación reducen la Satisfacción y debilitan la Intención de Recomendación y la Intención de Continuidad, pudiendo activar la intención de cambio.

Modelo de medición y operacionalización de variables

Para comprender que factores influyen en la satisfacción y recomendación dentro de los servicios de salud privada, la presente investigación utiliza un modelo de medición reflectivo. Esto implica que los conceptos teóricos se reflejan en preguntas concretas de cuestionario evaluadas en una escala Likert de cinco puntos que va de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

En este modelo, se entiende que el concepto que no se observa directamente es el que origina las respuestas observadas. Por esta razón, los ítems que lo conforman deben evidenciar correlación interna, unidimensionalidad y consistencia interna. Este planteamiento coincide con los estudios sobre medición de percepciones en servicios, sobre todo en contextos complejos y con información desigual, como ocurre en el sector asegurador privado de salud.

Con base en el cuestionario, se definieron seis factores clave: transparencia informativa, justicia del precio, calidad del servicio, valor percibido, costos de cambio e intención de cambio. También se consideraron dos variables de resultado que son satisfacción y recomendación, las cuales permiten medir el efecto conjunto de estos elementos sobre la experiencia del asegurado y su disposición a recomendar el servicio.

Análisis cuantitativo

Constructos latentes del modelo de medición

Transparencia informativa

La transparencia informativa se entiende como la percepción de asegurado sobre qué tan clara, anticipada y verificable es la comunicación de los aumentos de precio, así como la existencia de

herramientas para comprender como se determinan. Este factor evalúa tanto la calidad de la información brindada como la percepción de que el proceso puede ser verificado por el usuario.

Se implementa mediante tres ítems:

p10: Información anticipada sobre incrementos y sus factores.

p27: Claridad y comprensibilidad de la explicación de los ajustes.

p28: Disponibilidad de canales para revisar el cálculo de la prima.

Justicia del precio

La justicia del precio (price fairness) se refiere a la percepción subjetiva del cliente sobre una equidad del monto abonado, tomando en cuenta la cobertura obtenida, las comparaciones implícitas con otras opciones disponibles en el mercado y la consistencia de los criterios aplicados, así mismo como la transparencia y la honestidad en la comunidad de los ajustes.

En contextos de servicios marcados por los altos niveles de incertidumbre y asimetría de información, este constructo adquiere especial relevancia para comprender la satisfacción, la confianza y la intención de continuidad del cliente. Su medición se realiza a través de seis ítems (p11, p29, p30, p31, p32 y p33).

Calidad del servicio

La calidad del servicio hace referencia a la evaluación que realiza el usuario sobre el desempeño integral del proveedor, considerando el grado de cumplimiento de los compromisos asumidos, la oportunidad en los tiempos de respuesta, la eficacia de los canales de atención y la calidad de la relación establecida, entendida como un trato respetuoso, la generosidad de confianza y la capacidad para resolver situaciones.

En el ámbito de los seguros y la medicina prepagada, esta dimensión articula tanto aspectos operativos como relaciones que configuran la experiencia del usuario. Su medición se lleva a cabo mediante seis ítems (p12, p41, p42, p43, p44 y p45).

Valor percibido

El valor percibido se define como la valoración que realiza el usuario sobre la relación entre los sacrificios asumidos, expresados en el pago de la prima o del servicio, y los beneficios obtenidos, tales como la utilidad, la tranquilidad y las prestaciones recibidas. Este constructo funciona como una síntesis cognitiva de las percepciones de calidad del servicio y del precio, y se vincula de

manera directa con la satisfacción y la disposición a recomendar.

Su operacionalización se realiza a través de dos ítems (p15 y p36).

Costos de cambio

Los costos de cambio se refieren a las barreras percibidas por el usuario al momento de considerar la migración hacia otra compañía o plan, las cuales incluyen el esfuerzo administrativo requerido, la posible pérdida de beneficios acumulados y los vínculos relacionales establecidos con la organización.

En el mercado de los seguros de salud, estos costos pueden disminuir la probabilidad de abandono incluso en situaciones de insatisfacción, por lo que contribuyen un factor relevante para explicar la permanencia del cliente y su intención de cambio. Este concepto se mide a través de cuatro preguntas. (p16, p37, p38 y p39)

Intención de cambio

La intención de cambio menciona a la disposición manifestada por el usuario a abandonar al proveedor actual o a modificar su plan en el corto plazo, y se considera un antecedente inmediato del comportamiento de abandono (churn). En el marco de esta investigación, dicho constructo se aplica a través de dos ítems (p17 y p40)

Variables resultado (outcomes)

- Satisfacción: Valoración global que realiza el usuario sobre la experiencia con el plan o contrato vigente, medida mediante un único ítem (p13)
- Recomendación: Disposición del usuario a recomendar el servicio a terceros, evaluada a través de un indicador tipo Net Promoter Score (NPS), en una escala de 0 a 10 (p18)

Estrategia de validación del modelo de medición

Para garantizar que las preguntas reflejen adecuadamente el concepto teórico que busca medir, se aplicó una estrategia de validación en dos niveles, enfocado en analizar la validez factorial y la consistencia interna de las escalas utilizadas.

Unidimensionalidad

Primero, se evaluó si cada conjunto de preguntas media una sola dimensión. Para ellos se aplicó un Análisis Factorial Exploratorio (EFA), aplicado de forma independiente a cada bloque de ítems. El análisis mostró que los ítems se concentraban en una sola dimensión y estaban fuertemente relacionadas entre sí, lo que indica que la escala es consistente.

Consistencia interna

En segundo lugar, se calculó el alfa de Cronbach para comprobar que cada conjunto de preguntas indicara buena fiabilidad. En el caso de las dimensiones formadas por dos ítems, el análisis se interpretó con mayor cuidado, considerando principalmente la coherencia entre ambas preguntas y la relación directa entre ambos ítems.

Construcción de índices y operacionalización para el análisis

Después de verificar que las escalas eran coherentes y confiables, cada dimensión se transformó en un solo indicador, obtenido a partir del promedio de sus preguntas en la escala de 1 a 5. Este procedimiento ayuda a conservar el significado original de la escala, disminuir errores individuales y facilitar su uso en análisis de correlación y modelos explicativos posteriores.

De esta manera, se obtuvieron seis variables compuestas: Transparencia informativa, Justicia del precio, Calidad del servicio, Valor percibido, Costos de cambio e Intención de cambio, empleadas como variables en el análisis del modelo teórico.

También se incorporaron dos variables finales: Satisfacción y Recomendación, las cuales fueron utilizadas como variables dependientes en los modelos estadísticos realizados.

Variable / Constructo	Definición operacional	Ítems (SPSS)	Escala	Tipo (medición)	Cálculo propuesto
Transparencia informativa	Nivel en el que el usuario percibe la comunicación sobre el incremento de la prima, si es clara, a tiempo y comprobable.	p10, p27, p28	Likert 1–5	Constructo latente reflectivo	Índice = promedio(p10, p27, p28)
Justicia del	Nivel en que el usuario	p11,	Likert	Constructo	Índice =

Variable / Constructo	Definición operacional	Ítems (SPSS)	Escala	Tipo (medición)	Cálculo propuesto
precio	considera si el precio que está pagando es razonable con los ajustes que le informan.	p29, p30, p31, p32, p33	1–5	latente reflectivo	promedio(p11, p29, p30, p31, p32, p33)
Calidad del servicio	Evaluación del desempeño general del proveedor si este cumple lo que promete, el tiempo de respuesta, el buen funcionamiento de sus canales y el trato que brinda.	p12, p41, p42, p43, p44, p45	Likert 1–5	Constructo latente reflectivo	Índice = promedio(p12, p41, p42, p43, p44, p45)
Valor percibido	Evaluación de que si lo que recibe usuario realmente compensa lo que paga, más que todo en la tranquilidad que le brinda frente a gastos médicos.	p15, p36	Likert 1–5	Constructo latente reflectivo (2 ítems)	Índice = promedio(p15, p36)
Costos de cambio	Nivel en que el cliente percibe los obstáculos al momento de cambiar de empresa o de plan, incluyendo procesos administrativos, pérdida de beneficios y la incomodidad de romper una relación de confianza.	p16, p37, p38, p39	Likert 1–5	Constructo latente reflectivo	Índice = promedio(p16, p37, p38, p39)
Intención de cambio	Disposición del usuario de cambiar de compañía o de	p17, p40	Likert 1–5	Constructo latente	Índice = promedio(p17,

Variable / Constructo	Definición operacional	Ítems (SPSS)	Escala	Tipo (medición)	Cálculo propuesto
	plan.			reflectivo (2 ítems)	p40
Satisfacción (outcome)	Grado en que el usuario se siente satisfecho con su plan.	p13	Likert 1–5	Variable dependiente observada	Se usa el ítem p13
Recomendación (outcome)	Intención del usuario de recomendar el servicio a otras personas.	p18	0–10	Variable dependiente observada	Se usa el ítem p18

5. Validación del modelo de medición (EFA por constructo)

Con el fin de examinar la validez factorial de las escalas y verificar que los ítems utilizados reflejan de manera adecuada los constructos teóricos planteados, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por cada conjunto de ítems, es decir, de forma independiente para cada constructo.

Como método de extracción se empleó la Factorización de Ejes Principales (Principal Axis Factoring, PAF), considerando como criterio para la retención de factores aquellos con auto valores superiores a uno. La idoneidad de los datos para la aplicación del análisis factorial fue evaluada mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Dado que en todos los análisis se obtuvo la extracción de un único factor, no fue necesaria la aplicación de procedimientos de rotación factorial.

Transparencia informativa (p10, p27, p28)

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	de,780
Prueba de esfericidad deAprox. Chi-cuadrado	1442,108
Bartlett	gl
	3
	Sig.
	,000

Matrices anti-imagen

	Me informan con antelación los incrementos y sus factores	La explicación de ajustes de precio es clara y comprensible	La compañía ofrece canales para revisar cálculo de prima
Covarianza anti-imagen	Me informan con,136 antelación los incrementos y sus factores	-,078	-,060
	La explicación de ajustes de precio es clara y comprensible	-,078	,131
	La compañía ofrece canales para revisar cálculo de prima	-,060	-,064
Correlación anti-imagen	Me informan con,767 ^a antelación los incrementos y sus factores	-,580	-,400
	La explicación de ajustes de precio es clara y comprensible	-,580	,757 ^a
	La compañía ofrece canales para revisar cálculo de prima	-,400	-,436

a. Medidas de adecuación de muestreo (MSA)

Comunalidades

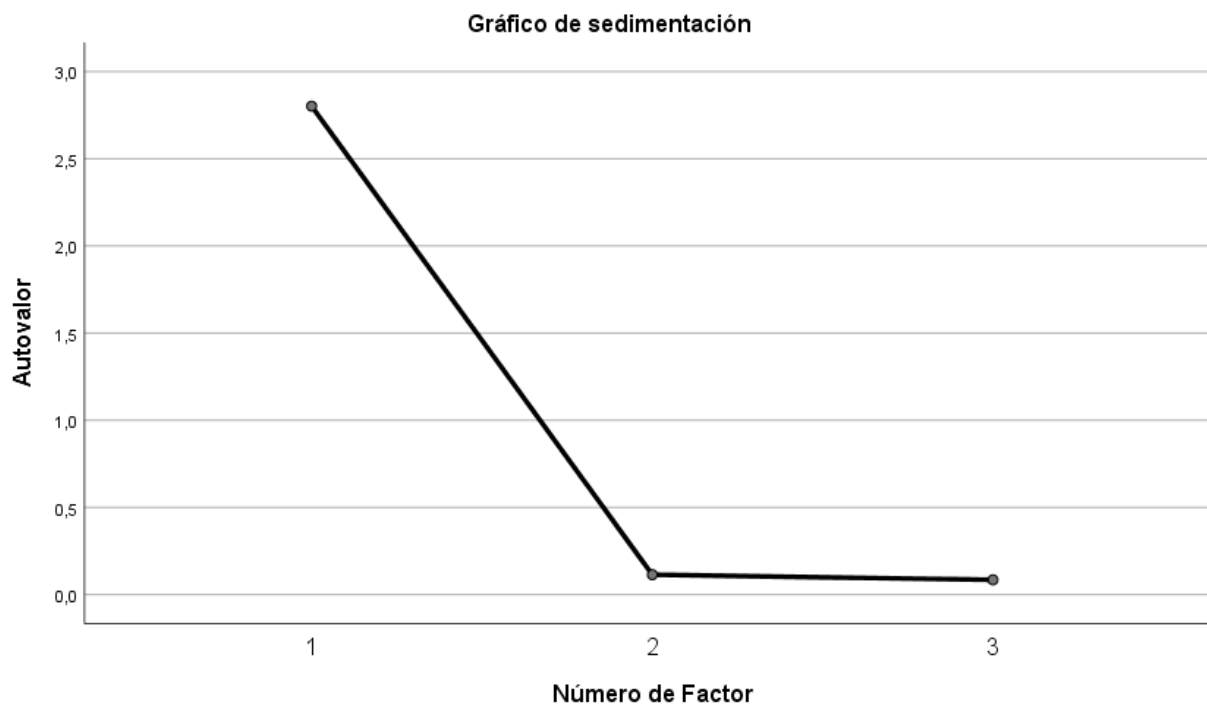
	Inicial	Extracción
Me informan con,864 antelación los incrementos y sus factores		,911
La explicación de ajustes,869 de precio es clara y comprensible		,919
La compañía ofrece,834 canales para revisar cálculo de prima		,873

Método de extracción: factorización de eje principal.

Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	2,802	93,385	93,385	2,702	90,072	90,072
2	,114	3,800	97,184			
3	,084	2,816	100,000			

Método de extracción: factorización de eje principal.



Matriz factorial^a

	Factor
	1
La explicación de ajustes de precio es clara y comprensible	,958
Me informan con antelación los incrementos y sus factores	,954
La compañía ofrece canales para revisar cálculo de prima	,934

Los resultados del análisis mostraron una adecuación muestral satisfactoria, evidenciada por un

valor KMO de 0,780, así como una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa ($\chi^2(3) = 1442,108$; $p < 0,001$), lo que indica que la matriz de correlaciones es adecuada para la realización del análisis factorial. El Análisis Factorial Exploratorio permitió la extracción de un solo factor, el cual explico el 90,072% de la varianza total. Las cargas factoriales obtenidas fueron muy altas, situándose entre 0,934 y 0,958, mientras que el grado de explicación de cada ítem variaron entre 0,873 y 0,919, lo que confirma que los ítems representan de forma consistente y fortalece el concepto analizado de transparencia informativa.

Justicia del precio (p11, p29, p30, p31, p32, p33)

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de,926 muestreo		
Prueba de esfericidad deAprox. Chi-cuadrado		4455,959
Bartlett	gl	15
	Sig.	,000

Matrices anti-imagen

El nivel de miCompara esdo conajustar justo alternativ primas considera as, lo que son ndo lapago esconsistent cobertura razonable es		Reglas/criterios para ajustar primas que son consistentes			
Covarianza anti-imagen	El nivel de mi,102 prima es justo considerando la cobertura	-,050	-,007		

	Comparado con alternativas, lo que pago es razonable	-,050	,099	-,014			
	Reglas/criterios para ajustar primas son consistentes	-,007	-,014	,085			
	Razones de ajustes de precio me parecen justificadas	-,012	-,013	-,037			
	Comunicación sobre cambios de precio es respetuosa y clara	,001	-,001	-,011			
	Me tratan con honestidad cuando informan ajustes de precio	-,017	-,009	-,009			
Correlación anti-imagen	El nivel de mi prima es justo considerando la cobertura	,930 ^a	-,497	-,072			
	Comparado con alternativas, lo que pago es razonable	-,497	,932 ^a	-,148			

Reglas/criterios para ajustar primas son consistentes	-,072	-,148	,937 ^a			
Razones de ajustes de precio me parecen justificadas	-,140	-,158	-,478			
Comunicación sobre cambios de precio es respetuosa y clara	,014	-,016	-,130			
Me tratan con honestidad cuando informan ajustes de precio	-,199	-,105	-,109			

Comunalidades

	Inicial	Extracción
El nivel de mi prima es justo considerando la cobertura	,898	,896
Comparado con alternativas, lo que pago es razonable	,901	,901
Reglas/criterios para ajustar primas son consistentes	,915	,921

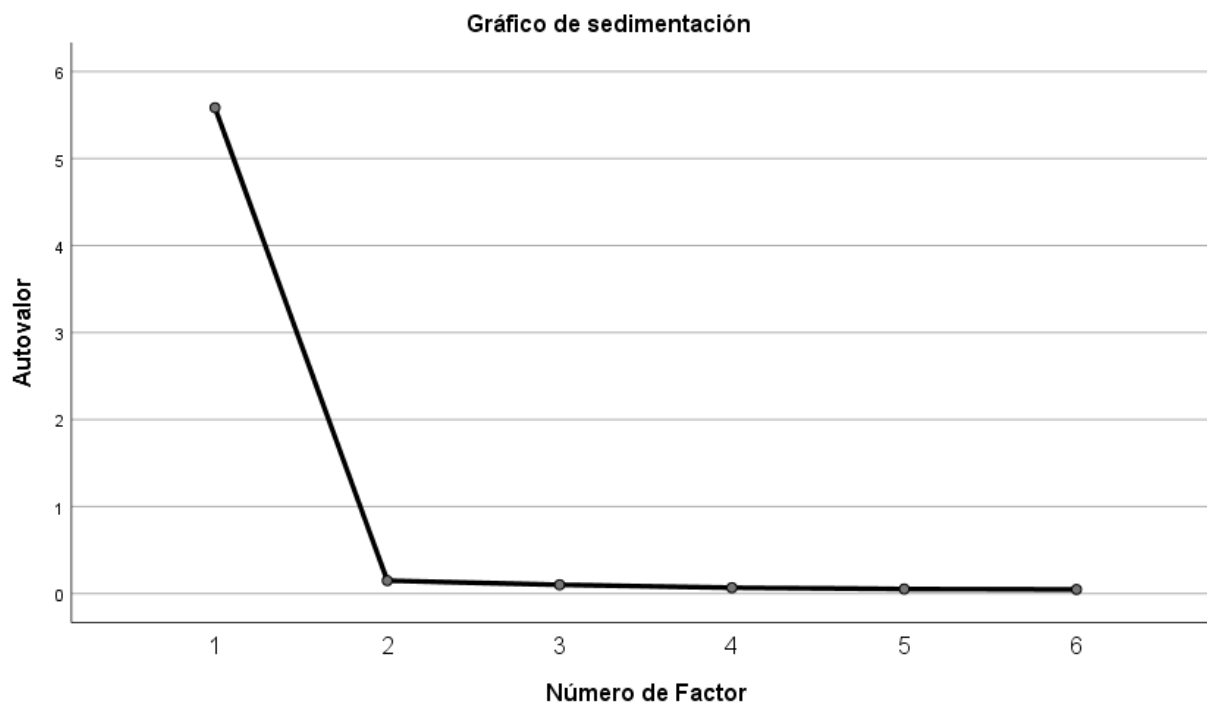
Razones de ajustes de precio me parecen justificadas	de,930	,941
Comunicación sobre cambios de precio es respetuosa y clara	,918	,911
Me tratan con honestidad cuando informan ajustes de precio	,928	,931

Método de extracción: factorización de eje principal.

Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,584	93,070	93,070	5,501	91,688	91,688
2	,149	2,479	95,549			
3	,101	1,677	97,227			
4	,067	1,117	98,344			
5	,052	,870	99,214			
6	,047	,786	100,000			

Método de extracción: factorización de eje principal.



Matriz factorial^a

	Factor
	1
Razones de ajustes de,970 precio me parecen justificadas	
Me tratan con honestidad,965 cuando informan ajustes de precio	
Reglas/criterios para,960 ajustar primas son consistentes	
Comunicación sobre,954 cambios de precio es respetuosa y clara	

Comparado con,	949
alternativas, lo que pago es razonable	
El nivel de mi prima es,	947
justo considerando la cobertura	

La escala evidencio una sobresaliente adecuación muestral, reflejada en un índice KMO de 0,926, junto con una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa ($\chi^2(15) = 4455,959$; $p < 0,001$). El análisis factorial permitió la extracción de un único factor, el cual explico el 91,688% de la varianza total. Las cargas factoriales obtenidas fueron excepcionalmente elevadas, con valores comprendidos entre 0,947 y 0,970, mientras que el grado de explicación de cada ítem oscilaron entre 0,896 y 0,941, lo que respalda la existencia de una estructura interna sólida y el hallazgo es acorde con la variable de justicia del precio.

Calidad del servicio (p12, p41, p42, p43, p44, p45)

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de,	942
muestreo	
Prueba de esfericidad deAprox. Chi-cuadrado	4285,044
Bartlett	gl
	15
	Sig.
	,000

Matrices anti-imagen

	La compañía cumple lo que promete en los plazos establecidos	Recibo de respuestas oportunas a solicitudes/consultas	La compañía inspira confianza en resolución de incidencias			
Covarianza anti-imagen	La compañía cumple lo que promete en los plazos establecidos	-,075	-,027	-,016		
	Recibo de respuestas oportunas a solicitudes/consultas	-,027	,092	-,003		
	La compañía inspira confianza en resolución de incidencias	-,016	-,003	,088		
	Trato respetuoso y considerado en cada interacción	-,032	-,021	-,024		
	Canales digitales y físicos funcionan bien	-,004	-,017	-,035		

	Satisfacción con tiempos de respuesta	-,019	-,025	-,022			
Correlación anti-imagen	La compañía cumple lo que promete en los plazos establecidos	,929 ^a	-,326	-,192			
	Recibo respuestas oportunas a solicitudes/consultas	-,326	,945 ^a	-,034			
	La compañía inspira confianza en resolución de incidencias	-,192	-,034	,938 ^a			
	Trato respetuoso y considerado en cada interacción	-,371	-,221	-,258			
	Canales digitales y físicos funcionan bien	-,040	-,168	-,353			
	Satisfacción con tiempos de respuesta	-,212	-,247	-,224			

Comunalidades

Inicial	Extracción
---------	------------

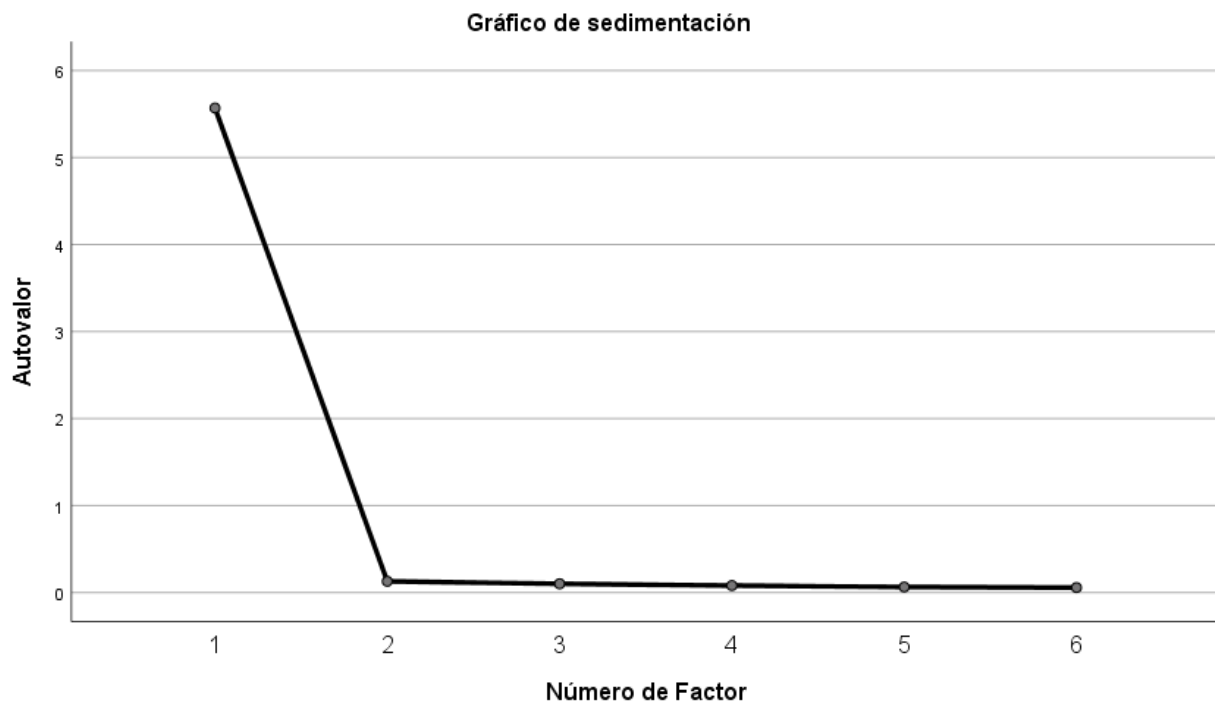
La compañía cumple lo que promete en los plazos establecidos	925	,938
Recibo oportuno a solicitudes/consultas	908	,920
La compañía inspira confianza en resolución de incidencias	912	,926
Trato respetuoso y considerado en cada interacción	897	,902
Canales digitales y físicos funcionan bien	885	,893
Satisfacción con tiempos de respuesta	893	,903

Método de extracción: factorización de eje principal.

Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,569	92,815	92,815	5,483	91,377	91,377
2	,129	2,154	94,969			
3	,101	1,678	96,646			
4	,080	1,339	97,985			
5	,064	1,064	99,050			
6	,057	,950	100,000			

Método de extracción: factorización de eje principal.



Matriz factorial^a

	Factor
	1
La compañía cumple lo que promete en los plazos establecidos	0,968
La compañía inspira confianza en resolución de incidencias	0,962
Recibo respuestas oportunas a solicitudes/consultas	0,959
Satisfacción con tiempos de respuesta	0,950

Trato respetuoso y,949 considerado en cada interacción
Canales digitales y físicos,945 funcionan bien

La escala presento un rendimiento factorial sobresaliente, evidenciado por un índice de adecuación muestral KMO de 0,942 y una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa ($\chi^2(15) = 4285,044$; $p < 0,001$). El análisis factorial permitió identificar un único factor, el cual explico el 91,377% de la varianza total. Las cargas factoriales alcanzaron valores muy elevados, situándose entre 0,945 y 0,968, mientras que el grado de explicación de cada ítem variaron entre 0,893 y 0,938, lo que demuestra una elevada consistencia factorial de los ítems que conforman la estructura de calidad del servicio.

Costos de cambio (p16, p37, p38, p39)

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de,847 muestreo	
Prueba de esfericidad deAprox. Chi-cuadrado	1868,201
Bartlett	gl
	Sig.
	6
	,000

Matrices anti-imagen

Cambiar me implicaría mucho tiempo y esfuerzo trámites	Perdería beneficios en antigüedad si me cambio	Vínculos de confianza con asesores/mé dicos de la compañía	
---	---	---	--

Covarianza imagen	anti-Cambiarme implicaría mucho tiempo y esfuerzo en trámites	,177	-,093	-,041	
	Perdería beneficios o antigüedad si me cambio	-,093	,141	-,032	
	Vínculos de confianza con asesores/médicos de la compañía	-,041	-,032	,188	
	Incomodidad al romper relación con mi compañía actual	-,011	-,054	-,093	
Correlación imagen	anti-Cambiarme implicaría mucho tiempo y esfuerzo en trámites	,843 ^a	-,592	-,225	
	Perdería beneficios o antigüedad si me cambio	-,592	,821 ^a	-,197	
	Vínculos de confianza con asesores/médicos de la compañía	-,225	-,197	,868 ^a	
	Incomodidad al romper relación con mi compañía actual	-,057	-,327	-,491	

Comunalidades

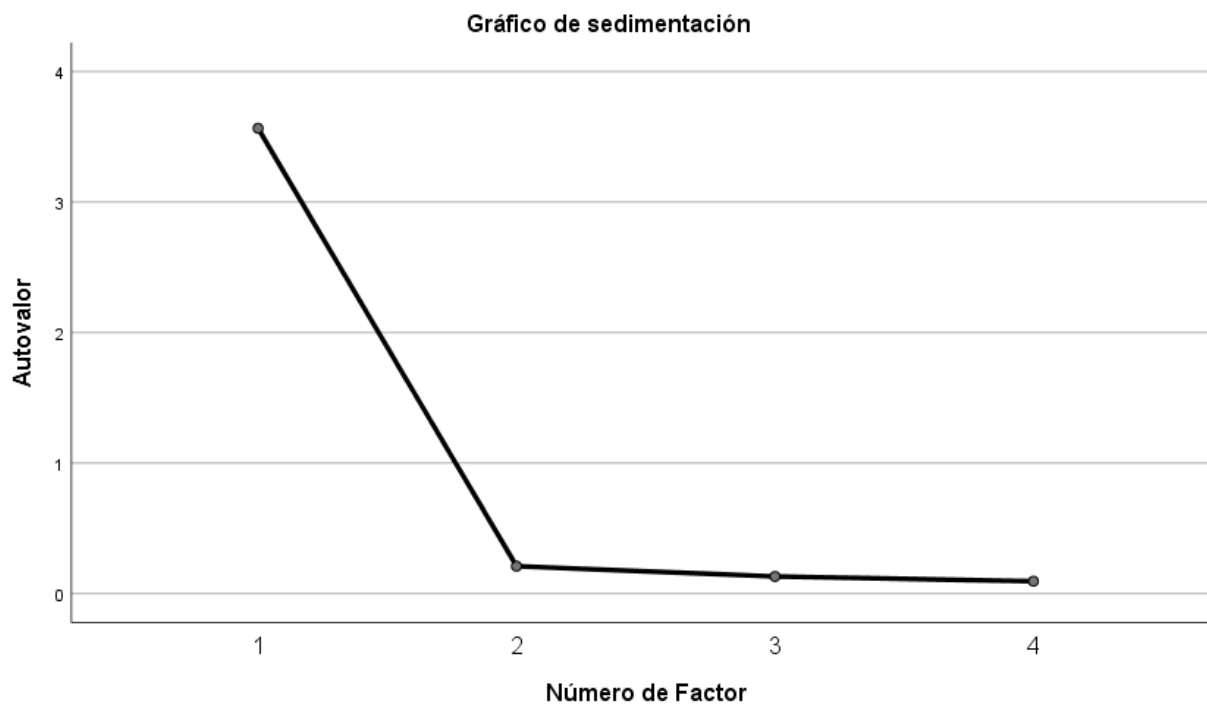
	Inicial	Extracción
Cambiarme implicaría mucho tiempo y esfuerzo en trámites	,823	,838
Perdería beneficios o antigüedad si me cambio	,859	,901
Vínculos de confianza con asesores/médicos de la compañía	,812	,847
Incomodidad al romper relación con mi compañía actual	,808	,835

Método de extracción: factorización de eje principal.

Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,565	89,126	89,126	3,421	85,518	85,518
2	,209	5,237	94,363			
3	,131	3,277	97,640			
4	,094	2,360	100,000			

Método de extracción: factorización de eje principal.



Matriz factorial^a

	Factor
	1
Perdería beneficios o,949	
antigüedad si me cambio	
Vínculos de confianza con,920	
asesores/médicos de la	
compañía	
Cambiarme implicaría,915	
mucho tiempo y esfuerzo	
en trámites	
Incomodidad al romper,914	
relación con mi compañía	
actual	

En relación con el constructo costos de cambio, la adecuación muestral se consideró adecuada, con un índice KMO de 0,847, Y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2(6) = 1868,201$; $p < 0,001$). El análisis factorial exploratorio permitió extraer un único factor, que explico el 85,518% de la varianza total. Las cargas factoriales se ubicaron entre 0,914 y 0,949, y el grado de explicación de los ítems fue variable entre 0,835 y 0,901, lo cual confirma la existencia de una estructura unidimensional sólida para el constructo.

Conclusión del análisis factorial exploratorio

En conjunto, los hallazgos del análisis factorial exploratorio la unidimensionalidad de las escalas y proporcionan evidencia empírica sólida que sustenta la validez factorial de los constructos evaluados.

Fiabilidad interna

Con el propósito de evaluar la consistencia interna de las escalas, se calculó el alfa de Cronbach para cada uno de los constructos. Los resultados muestran niveles de fiabilidad excelentes en todas las medidas:

Transparencia informativa: $\alpha = 0,964$ (3 ítems)

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	402	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	402	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de	
Cronbach	N de elementos
,964	3

Justicia del precio: $\alpha = 0,985$ (6 ítems)

Casos	Válido	402	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	402	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa	de
Cronbach	N de elementos
,985	6

Calidad del servicio: $\alpha = 0,984$ (6 ítems)

		N	%
Casos	Válido	402	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	402	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa	de
Cronbach	N de elementos
,984	6

Valor percibido: $\alpha = 0,972$ (2 ítems)

Casos	Válido	402	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	402	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa	de
Cronbach	N de elementos
,972	2

Costos de cambio: $\alpha = 0,959$ (4 ítems)

Casos	Válido	402	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	402	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa	de
Cronbach	N de elementos
,959	4

Intención de cambio: $\alpha = 0,933$ (2 ítems)

		N	%
Casos	Válido	402	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	402	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa	de
Cronbach	N de elementos
,933	2

Estos coeficientes reflejan una alta homogeneidad entre los ítems y una medición consistente de los constructos latentes. Aunque valores de alfa superiores a 0,90 pueden indicar un posible grado de redundancia entre los indicadores, en el presente estudio se priorizó la estabilidad y robustez de las escalas para su uso en análisis inferenciales.

Construcción de índices (variables compuestas)

A partir de la estructura factorial obtenida y de los elevados niveles de fiabilidad, se elaboraron índices compuestos para cada constructo mediante el cálculo del promedio aritmético de los ítems correspondientes, conservando la escala Likert de 1 a 5. Esta aproximación facilita la interpretación de las variables, reduce el error aleatorio y permite su empleo en análisis inferenciales y en modelos explicativos posteriores.

Los índices contruidos fueron los siguientes:

- Transparencia_IDX = promedio (p10, p27, p28)
- JusticiaPrecio_IDX = promedio (p11, p29, p30, p31, p32, p33)
- CalidadServicio_IDX = promedio (p12, p41, p42, p43, p44, p45)
- Valor_IDX = promedio (p15, p36)
- CostosCambio_IDX = promedio (p16, p37, p38, p39)
- IntencionCambio_IDX = promedio (p17, p40)

Notas

Salida creada		09-FEB-2026 17:44:27
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\carol\Desktop\BASE SEGUROS esta peudes dañar.sav
	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos2
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de	402
	datos de trabajo	
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se trata como valores perdidos.

Casos utilizados		Se utilizan todos los datos no perdidos.
Sintaxis		DESCRIPTIVES VARIABLES=Transparencia_IDX JusticiaPrecio_IDX CalidadServicio_IDX Valor_IDX CostosCambio_IDX IntencionCambio_IDX /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.03
	Tiempo transcurrido	00:00:00.01

Estadísticos descriptivos de las variables principales

Los índices contruidos mostraron medidas situadas en la zona media-alta de la escala, acompañadas de niveles de dispersión de oscilan entre moderados y altos, lo cual evidencia una variabilidad significativa en las percepciones de los participantes. En particular, se obtuvieron los siguientes datos estadísticos descriptivos.

Asimismo, los coeficientes de asimetría y grado de concentración de los datos se mantuvieron en rangos moderados, lo que indica distribuciones relativamente estables y apropiadas para la realización de análisis correlacionales y de regresión.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Índice Calidad del servicio (promedio p12,p41,p42,p43,p44,p45)	402	1,00	5,00	3,3752	1,43120
Índice Justicia del precio (promedio p11,p29,p30,p31,p32,p33)	402	1,00	5,00	3,2226	1,42698
Índice Transparencia informativa (promedio p10,p27,p28)	402	1,00	5,00	3,1692	1,45120
Índice Valor percibido (promedio p15,p36)	402	1,00	5,00	3,3557	1,47137
Índice Costos de cambio (promedio p16,p37,p38,p39)	402	1,00	5,00	3,2220	1,40913
Satisfacción general con el plan/contrato	402	1,00	5,00	3,4030	1,52512
Índice Intención de cambio (promedio p17,p40)	402	1,00	5,00	2,8756	1,52394
Recomendación (NPS 0-10)	402	,00	10,00	6,2886	3,20401
N válido (por lista)	402				

Correlaciones bivariadas

Se calcularon correlaciones bivariadas entre los constructores (índices) y las variables resultado (satisfacción, intención de cambio y recomendación). Los hallazgos mostraron asociaciones coherentes con el marco teórico planteado, destacándose relaciones positivas muy fuertes entre los constructores de evaluación de servicio y la **Satisfacción** y la **Recomendación**, así como vínculos negativos fuertes con la **Intención de cambio**.

En particular, el análisis de correlación de Spearman reveló relaciones estadísticamente significativas y de elevada magnitud entre Satisfacción y:

- La calidad del servicio ($\rho = 0,943$)
- La justicia del precio ($\rho = 0,902$)
- La transparencia informativa ($\rho = 0,877$)
- El valor percibido ($\rho = 0,897$)

Todas con $p < 0,001$.

De manera adicional, la satisfacción mostro una asociación negativa con:

- La intención de cambio ($\rho = -0,704$; $p < 0,001$)

Y una relación positiva con:

- La recomendación ($\rho = 0,842$; $p < 0,001$).

Por otro lado, la variable edad no evidencio asociaciones estadísticamente significativas con las principales variables del estudio.

Correlaciones

			Satisfacción	Recomendación						
			Edad	plan/c (NPS)	Intención de cambio					
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,00	-,042	-,090					
		Sig. (bilateral)	.	,397	,071					

N	402	402	402						
Satisfacción general del plan/contrato	Coeficiente de correlación	- ,042	1,000	,842**					
	Sig. (bilateral)	,397	.	,000					
N	402	402	402						
Recomendación (NPS de 0-10)	Coeficiente de correlación	- ,090	,842**	1,000					
	Sig. (bilateral)	,071	,000	.					
N	402	402	402						
Índice de Transparencia informativa (promedio p10,p27,p28)	Coeficiente de correlación	- ,031	,877**	,820**					
	Sig. (bilateral)	,542	,000	,000					
N	402	402	402						
Índice de Justicia del precio (promedio p11,p29,p30,p31,p32,p33)	Coeficiente de correlación	- ,037	,902**	,827**					
	Sig. (bilateral)	,459	,000	,000					
N	402	402	402						
Índice de Calidad del servicio	Coeficiente de correlación	- ,013	,943**	,835**					

(promedio Sig. p12,p41,p4 (bilateral)		,797	,000	,000						
2,p43,p44,p N 45)		402	402	402						
Índice Valor percibido	Coeficiente de correlación	- ,034	,897**	,822**						
(promedio Sig. p15,p36) (bilateral)		,493	,000	,000						
N		402	402	402						
Índice Costos dede cambio	Coeficiente de correlación	,002	,773**	,703**						
(promedio Sig. p16,p37,p3 (bilateral)		,969	,000	,000						
8,p39) N		402	402	402						
Índice Intención de de cambiocorrelación	Coeficiente de correlación	- ,001	-,704**	-,693**						
(promedio Sig. p17,p40) (bilateral)		,979	,000	,000						
N		401	401	401						

Modelo de regresión principal (variable dependiente: Satisfacción)

Con el propósito de evaluar el efecto conjunto de los constructos sobre la satisfacción, se estimó un modelo de regresión lineal múltiple en el que la satisfacción (p13) se consideró la variable dependiente y los índices de transparencia informativa, justicia del precio, calidad del servicio y valor percibido se incluyeron como variables independientes.

El modelo resultó estadísticamente significativo y explico una proporción muy elevada de la varianza de la satisfacción:

- $R = 0,962$; $R^2 = 0,926$; $R^2 \text{ ajustado} = 0,925$

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Estadísticos de cambio	R Cambio	Cambio en F				
1	,962 ^a	,926	,925	,41632	,926	1246,121					

- $F(4,397) = 1246,121$; $p < 0,001$).

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	863,909	4	215,977	1246,121	,000 ^b
	Residuo	68,808	397	,173		
	Total	932,716	401			

El estadístico Durbin–Watson (1,855) indicó una independencia de los residuos dentro de parámetros aceptables.

Coefficientes

Al evaluar los efectos individuales:

CalidadServicio fue el predictor más fuerte y significativo

- $B = 0,755$; $\beta = 0,708$; $t = 14,113$; $p < 0,001$

Valor también fue significativo

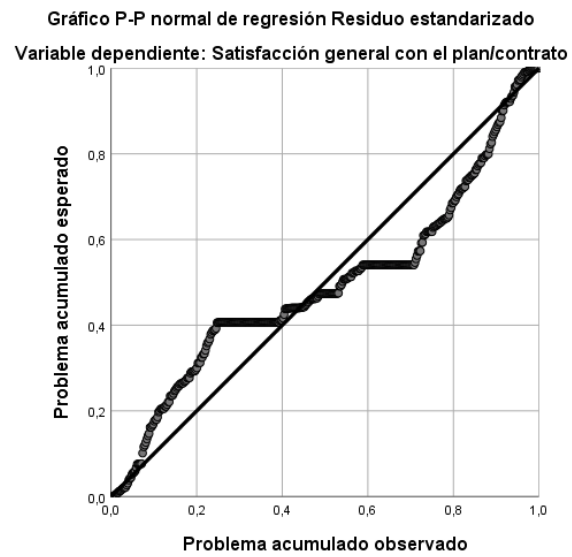
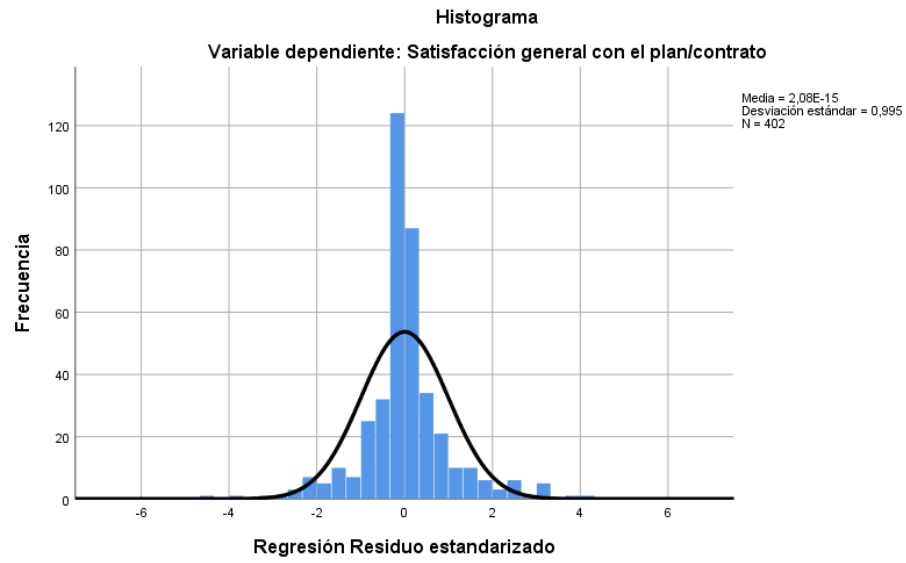
- $B = 0,223$; $\beta = 0,215$; $t = 5,651$; $p < 0,001$

Transparencia_IDX no fue significativo en presencia de los otros predictores

$B = -0,001$; $\beta \approx -0,001$; $p = 0,973$

JusticiaPrecio tampoco fue significativo en el modelo conjunto

- $B = 0,059$; $\beta = 0,055$; $p = 0,277$



Conclusiones

A partir del estudio desarrollado, queda en evidencia que la calidad del servicio es el componente que tiene más impacto en la satisfacción del asegurado en el mercado ecuatoriano de seguros y medicina prepagada. El modelo de regresión que se aplicó muestra que esta variable es determinante en la experiencia del cliente, ya que la confianza que genera la empresa, la rapidez de respuesta, el buen funcionamiento de los canales de contacto y el trato que se recibe por parte del personal influyen directamente en la percepción final del usuario en el plan adquirido. De este modo, la calidad del servicio se convierte en el elemento clave para generar percepciones positivas y fortalecer la disposición del asegurado de continuar con su cobertura.

De igual manera, se encontró que el valor percibido cumple un papel de suma importancia en la generación de la satisfacción. Los asegurados muestran una mejor valoración cuando consideran que lo que pagan tiene un equilibrio justo con los beneficios que reciben, más que todo en utilidad, respaldo y cobertura. Los resultados muestran que esta variable funciona como mediadora en la relación entre la calidad del servicio y satisfacción, destacando que no es suficiente ofrecer solo un buen servicio, sino que también este debe garantizar beneficios reales.

También se observó que la transparencia en la información y la percepción de justicia del precio tienen una relación bastante fuerte con la satisfacción del usuario aunque no se mantuvieron como factores significativos dentro del modelo multivariable. Aunque su efecto no es directo, si influye cuando los usuarios reciben explicaciones claras sobre los aumentos y entienden como se calculan las tarifas, por ello tienden a valorar el servicio de una forma más positiva. Cuando la empresa explica los precios de forma honesta y justa, el cliente siente que lo que paga está bien justificado, lo que genera mucha confianza en el seguro.

Esto es fundamental para el futuro, ya que una persona satisfecha no solo decide quedarse, sino que también se convierte en alguien que recomienda el servicio a los demás. En pocas palabras, existe una unión fuerte entre estar contento con la atención recibida y tener el deseo de sugerirles a otros que contraten el mismo plan.

Este aspecto es especialmente importante en un ámbito donde las opiniones y recomendaciones influyen mucho en las decisiones de los demás.

Además, los resultados también demuestran que los costos de cambio tienen una gran influencia en las decisiones de continuidad del usuario. Factores como la pérdida de beneficios que han adquirido, trámites administrativos complicados o romper los vínculos que crearon con médicos o

asesores son de gran influencia al momento de decidir, incluso si su nivel de satisfacción es moderada. Esto demuestra que el usuario permanece no solo por una buena experiencia, sino también porque cambiar sería un proceso complicado y arriesgado.

Por otro lado, se revela que la intención de cambio se relaciona directamente con la insatisfacción, presentándose una relación negativa relevante, lo cual indica que si se tiene una menor satisfacción es mayor la disposición de abandono, más que todo cuando el usuario ha enfrentado demoras en los reembolsos o cuando los ajustes de prima ha aumentado sin ser explicados de una manera clara y comprensible.

Por último, el análisis cualitativo permitió identificar fallas recurrentes en los procesos administrativos, especialmente en la gestión de reembolsos, autorizaciones y en la manera en que se comunican los incrementos de primas. Aunque la atención médica sea valorada de forma positiva, las demoras, la falta de información clara y los procesos administrativos complejos generan dudas y afectan la percepción del servicio en general. Además, se determinó que la percepción de justicia en el precio depende de cuatro elementos que son: cobertura suficiente, buena gestión operativa, transparencia en la información y estabilidad en las condiciones del plan.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos, se puede observar que la calidad del servicio es uno de los factores que más influye en la satisfacción, por esto las aseguradoras tienen que enfocarse principalmente en mejorarlo. Con ello reducir tiempos de espera, hacer que los procesos de autorización y reembolso sean más fáciles, mejorar la atención al cliente y que su trato sea respetuoso y eficaz, ya que muchas veces el usuario valora más sentirse escuchado y acompañado en el proceso. Asimismo, mantener procesos claros y uniformes en cada punto de atención ya que esto ayudará a mejorar la experiencia del usuario.

En segundo lugar, se plantea simplificar y agilizar los procesos administrativos para tener una mejor eficiencia. Esto implica, automatizar los procesos de reembolso, habilitar herramientas para el seguimiento en línea de los trámites, comunicar de manera clara los requisitos para que el trámite sea aprobado, mayor rapidez en tiempos de respuesta y así mismo implementar alertas automáticas que mantengan informado al usuario sobre el estado de sus gestiones. Además, también será conveniente contar con un solo canal de contacto que evite que el cliente repita solicitudes, lo cual ayudaría a reducir la molestia de los usuarios.

De igual manera, es fundamental aumentar la claridad en la comunicación de los ajustes de prima. Por lo cual, las empresas deben informar con anticipación y de una manera clara las razones de los incrementos de prima además de explicar cómo se calculan las tarifas y ofrecer herramientas que permitan al usuario entender el origen del cambio. Cuando la información es clara y accesible se refuerza la percepción de justicia y disminuye la percepción de abuso, favoreciendo la confianza del asegurado.

También se recomienda considerar la justicia del precio como un principio ético en la toma de decisiones. Los aumentos deben tener un respaldo de criterios técnicos claros y alineados con la realidad del sector, lo que evita que los ajustes sean desproporcionados y poco justificados. Es importante que el personal de atención este bien capacitado para que pueda explicar de una forma clara y fácil de entender, con esto se fortalece la relación con el usuario.

Para mejorar la percepción de valor, las aseguradoras podrían ampliar la red médica y sus centros de atención, más que todo en zonas donde los usuarios han tenido límites de cobertura. También sería conveniente incluir servicios preventivos como consultas de telemedicina, revisiones médicas regulares y demás beneficios que no sean de un costo alto. Explicar de manera clara todo lo que incluye el plan ayudara a que el asegurado reconozca los beneficios reales que tiene.

Con el objetivo de reducir la probabilidad que los usuarios abandonen el plan, resulta conveniente desarrollar estrategias de retención adaptadas a cada perfil. Entre ellas, realizar un seguimiento directo a usuarios que hayan presentado reclamos recientes y evaluar posibles ajustes en las políticas de carencia. Además, los beneficios por continuidad pueden actuar como un factor que reduzca la intención de cambio.

Se sugiere aprovechar el Net Promoter Score (NPS) como una herramienta clave para poder tener mejoras reales en el servicio. Esto implica acercarse de manera directa a los usuarios que han tenido malas experiencias y entender en que se está fallando según el tipo de plan y así poder tomar decisiones concretas que satisfagan al usuario. Cuando una empresa logra transformar una experiencia negativa en una positiva marca una gran diferencia en la reputación y en su competitividad.

Por último, sería de suma importancia que se realicen futuras investigaciones acerca de cómo se sienten los asegurados con el servicio y si perciben que el precio que pagan es justo o no. Además de incorporar nuevas variables y métodos que estudio para poder tener una investigación más amplia que ayude a comprender mejor este tema. También sería útil comparar diferentes aseguradoras, analizar los cambios a lo largo del tiempo y estudiar el impacto de factores como reformas legales, la situación económica y cambios tecnológicos. Todo esto hará que se pueda ampliar el conocimiento y que se pueda aportar información muy valiosa para las empresas del sector.

Anexos

Encuesta de Google Forms

¿Con qué compañía tiene actualmente su plan de salud?

- Medisina prepagada: Saluds
- Ecuasanitas
- Humana(Mediecuador)
- Confiamed
- LatinaSalud
- MED-EC
- VUMI Latina
- BMI Igualas Médicas
- Best Doctors
- Asisken
- BlueCard
- Inmedical
- Primepre
- PlanVital
- Plus Medical
- VidaSana
- Transmedical
- Sermedipre
- Aseguradoras: Seguros Equinoccial
- Zurick Seguros Ecuador
- Hispana Seguros
- Latina Seguros
- Aseguradora del Sur
- Interoceánica
- Cóndor
- Equivida (vida)
- BMI Seguros (vida)
- Pan American Life (PALIG)
- Seguros del Pichincha
- MAPFRE
- Chubb
- AIG Metropolitana
- No recuerda

¿El plan que usted tiene actualmente es...?

- Individual
- Familiar
- Corporativo

¿Cómo funciona su plan de seguro médico?

- Reembolso
- Crédito directo
- Mixto

Provincia

Género

- Femenino
- Masculino
- Otro
- Prefiero no decir

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado?

- Bachillerato
- Técnico/tecnólogo
- Universitario
- Maestría
- Doctorado

¿Cuál es su situación laboral principal?

- Empleado dependiente
- Independiente
- Empresario
- Desempleado
- Otro

Incluyéndose a usted, ¿cuántas personas viven actualmente en su hogar?

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?

Edad

¿En qué año contrató el plan?

¿Cuántos reembolsos tramitó en los últimos 12 meses?

En los últimos 12 meses, ¿su prima mensual aumentó al menos una vez?

- Sí
- No

Mes y año del último incremento de prima

Antes del último aumento, ¿aproximadamente cuánto pagaba al mes?

Actualmente, ¿aproximadamente cuánto paga al mes?

Tiempo del último reembolso (si tuvo)

- Menos de 15 días
- 15–30 días
- Más de 30 días
- No aplica

¿Qué canal utilizó durante su último trámite?

- App
- Página web
- WhatsApp
- Oficina física
- Asesor

Escala Likert (1–5)

1	=	Totalmente	en	desacuerdo
2	=	En		desacuerdo
3	=	Ni de acuerdo	ni en	desacuerdo
4	=	De		acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

- Me informan con antelación los incrementos
- La explicación de los ajustes es clara
- Ofrecen canales para revisar cómo se calcula la prima
- El nivel de mi prima es justo
- Lo que pago es razonable frente a alternativas
- Las reglas para ajustar primas son consistentes
- Las razones del ajuste me parecen justificadas
- La comunicación es respetuosa y clara

- Me siento tratado con honestidad

Escala Likert (1–5)

- La compañía cumple lo que promete
- Recibo respuestas oportunas
- La compañía inspira confianza
- Recibo trato respetuoso
- Los canales funcionan bien
- Estoy satisfecho(a) con los tiempos de respuesta
- El resultado del reclamo fue equitativo
- Recibo explicaciones claras sobre el reclamo

¿El proceso de reembolso es ágil y fácil?

Escala 1–5 (mismo formato Likert).

Escala Likert (1–5)

- En general, estoy satisfecho(a) con mi plan
- Lo que recibo por lo que pago vale la pena
- Mi plan me genera tranquilidad

Escala Likert (1–5)

- Cambiarme implicaría mucho esfuerzo
- Perdería beneficios o antigüedad
- Tengo vínculos de confianza
- Me sentiría incómodo rompiendo la relación

¿En los próximos 12 meses considera cambiarse?

Escala

1–5:

1

=

Definitivamente

no

5 = Definitivamente sí

Si encontrara alternativa adecuada, cambiaría

Escala 1–5 (Likert).

NPS

En una escala de 0 a 10, ¿qué tan probable es que recomiende su compañía?

(0 = Nada probable, 10 = Extremadamente probable)

¿Cuál es el principal motivo de su calificación NPS?

¿Qué explicación le dio su compañía en el último incremento?

Describa brevemente un trámite o reembolso realizado

¿Qué haría que el precio de su plan le parezca justo?

Escala Likert (1–5)

- Prefiero realizar trámites por canales digitales
- Prefiero pagar una prima más alta para evitar gastos futuros
- Me realizo chequeos preventivos regularmente

Referencias

- ACCESS, A. d. (2025). *Resolución ACCESS-2025-0026-R*. Obtenido de <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2025/08/ACCESS-ACCESS-2025-0026-R.pdf>
- ACCESS, A. d. (2025). *Resolución ACCESS-2025-0032-R*. Obtenido de <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2025/09/ACCESS-ACCESS-2025-0032-R.pdf>
- ACCESS, A. d. (2025). *Resolución ACCESS-2025-0287-O*. Obtenido de <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2025/08/ACCESS-ACCESS-2025-0287-O.pdf>
- Ali, F., Tauni, M. Z., & Ali, A. (2022). La congruencia de la díada de los Cinco Grandes y la compra compulsiva: un caso de encuentros de servicio. *Revista de comercio minorista y servicios al consumidor*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2022.103007>
- Araich, H., Tran, J., Jung, J., Horný, M., & Sadigh, G. (2023). Transparencia de precios de la atención médica en Norteamérica y Europa. *British Journal of Radiology*. doi:<https://doi.org/10.1259/bjr.20230236>
- ARROW, K. J. (1963). UNCERTAINTY AND THE WELFARE ECONOMICS OF MEDICAL CARE. *THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW*. Obtenido de <https://assets.aeaweb.org/asset-server/files/9442.pdf>
- Asante, D., Tang, C., Kwamega, M., & Asante, E. A. (2022). En busca de la calidad del encuentro de servicio: ¿Los sistemas de trabajo de alto rendimiento orientados al servicio beneficiarán a las industrias de servicios de alto contacto? *Revista de comercio minorista y servicios al consumidor*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2022.103037>
- Babin, B. J., & Boles, J. S. (1998). Comportamiento de los empleados en un entorno de servicios: un modelo y una prueba de posibles diferencias entre hombres y mujeres. *Revista de Marketing*. doi:<https://doi.org/10.1177/00222429980620020>
- Beheshti, M. K., Gopinath, M., Ashouri, S., & Zal, S. (2023). ¿Importa la polarización de la personalidad en el marketing de influencers? Evidencia de Instagram. *Revista de investigación empresarial*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.113804>
- Bhattacharjee, A. (2001). Comprensión de la continuidad de los sistemas de información: un modelo de expectativa-confirmación. *MIS Quarterly*. doi:<https://doi.org/10.2307/3250921>
- Bhattacharjee, A. (2001). Understanding Information Systems Continuance: An Expectation-Confirmation Model. *Management Information Systems Research Center*. doi:<https://doi.org/10.2307/3250921>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Mejores prácticas para el desarrollo y la validación de escalas para la investigación sanitaria, social y conductual: una introducción. *Frontiers in Public Health*. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

- Bolton, L. E., Warlop, L., & Alba, J. W. (2003). Percepciones de los consumidores sobre la (in)justicia de los precios. *Journal of Consumer Research*. doi:<https://doi.org/10.1086/346244>
- Bupa. (s.f.). Bupa Salud Ecuador. Obtenido de <https://www.bupasalud.com.ec/>
- Burnham, T. A., Frels, J. K., & Mahajan, V. (2003). Costes de cambio del consumidor: Tipología, antecedentes y consecuencias. *Journal of the Academy of Marketing Science*. doi:<https://doi.org/10.1177/0092070302250897>
- Burnham, T., & Frels, J. (2003). Costos de cambio de consumidor: tipología, antecedentes y consecuencias. *Revista de la Academia de Ciencias de Marketing*. doi:<https://doi.org/10.1177/0092070302250897>
- Campbell, M. C., Pomerance, J., & Carter, E. L. (2025). Precios dolorosos: El modelo de daño moral de la justicia de precios. *Revista de Investigación del Consumidor*. Obtenido de <https://academic.oup.com/jcr/advance-article/doi/10.1093/jcr/ucaf045/8195730>
- Campbell, M. C., Pomerance, J., & Percival Carter, E. L. (2025). Painful Prices: The Moral Harm Model of Price Fairness. *Journal of Consumer Research*. doi:<https://doi.org/10.1093/jcr/ucaf045>
- Carrera, P. M., Kantarjian, H. M., & Blinder, V. S. (2018). The Financial Burden and Distress of Patients with Cancer: Understanding and Stepping-Up Action on the Financial Toxicity of Cancer Treatment. *Journal of Clinical Oncology*. doi: 10.3322/caac.21443
- Changwen, L., Vongchavalitkul, B., & Navavongsathian, A. (2024). The Influence of Service Quality, Perceived Value, Satisfaction, and Trust towards Loyalty in Universities. *Rajabhat Journal of Science, Humanities, and Social Sciences*. Obtenido de <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RJPJ/article/view/276025/185687>
- Chartock, B., Simon, K., & Whaley, C. (2023). Transparencia en los datos de cobertura y variación en los precios de los servicios sanitarios comunes. *JAMA Health Forum*. Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2811063>
- Chen, J. Y., & Miraldo, M. (2022). El impacto de las herramientas de transparencia de precios y calidad hospitalaria en el gasto sanitario: una revisión sistemática. *Economía de la Salud*. doi:<https://doi.org/10.1186/s13561-022-00409-4>
- Chen, J., & Miraldo, M. (2022). El impacto de las herramientas de transparencia de precios y calidad hospitalaria en el gasto sanitario: una revisión sistemática. *Health Econ Rev*. doi:<https://doi.org/10.1186/s13561-022-00409-4>
- Chen, S. M., Cai, W., Duan, S., Gao, L., Yang, W., Gao, Y., . . . Li, L. (2021). Asociación de polimorfismos de la COMT con múltiples lesiones relacionadas con la actividad física en estudiantes universitarios de China. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph182010828>

- Chen, T., Razzaq, A., Qing, P., & Cao, B. (2021). ¿Soportas rechazarlos? El efecto del antropomorfismo en la empatía y la preferencia del consumidor por productos poco atractivos. *Revista de comercio minorista y servicios al consumidor*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2021.102556>
- Chi, H.-K., & Phan, H.-T. (2025). El papel de la responsabilidad social corporativa, la calidad del servicio y el valor percibido en la determinación de la lealtad del cliente: un metaanálisis. *Sustainability*. doi:<https://doi.org/10.3390/su17104304>
- Ching, A. T., & Osborne, M. (2020). Identificación y estimación del comportamiento prospectivo: el caso del acaparamiento de bienes por parte de los consumidores. *Marketing Science*. doi:<https://doi.org/10.1287/mksc.2019.1193>
- CMS. (2020). CMS completa iniciativa histórica de transparencia de precios. *Centers for Medicare & Medicaid Services*. Obtenido de <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-completes-historic-price-transparency-initiative>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Constitución de la República del Ecuador, G. d. (2008). *Constitución de la República del Ecuador (Actualización 2021)*. Ministerio de Defensa Nacional. Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Cordina, J., & Greenberg, S. (2020). Toma de decisiones del consumidor en atención sanitaria: el papel de la transparencia informativa. *McKinsey & Company*. Obtenido de <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/healthcare%20systems%20and%20services/our%20insights/consumer%20decision%20making%20in%20healthcare/consumer-decision-making-in-healthcare-the-role-of-information-transparency.pdf?shouldIndex=false>
- Croes, R. R., Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2025). Selección adversa e inercia del consumidor: evidencia empírica del mercado neerlandés de seguros de salud. *Revista Europea de Economía de la Salud*. doi:<https://doi.org/10.1007/s10198-024-01725-8>
- Del Prete, M., & Samoggia, A. (2023). An exploration of agro-food chain distributive, procedural and interactional fairness in food products. *Frontiers in Sustainable Food Systems*. doi:<https://doi.org/10.3389/fsufs.2023.1116319>
- Desai, S., Eklund, J. E., & Lappi, E. (2020). Regulación de entrada y persistencia de las ganancias en empresas establecidas. *Revisión de la Organización Industrial*. doi:<https://doi.org/10.1007/s11151-020-09787-7>

- Espinosa, E. V. (2025). Las 10 empresas de medicina prepagada con más ingresos. *Forbes Ecuador*.
Obtenido de <https://www.forbes.com.ec/rankings/las-10-empresas-medicina-prepagada-mas-ingresos-n73787>
- Evanschitzky, H., Stan, V., & Nagengast, L. (2021). Fortalecer el vínculo satisfacción-fidelidad: el papel de los costes de cambio relacionales. *Cartas de marketing*. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11002-021-09590-8>
- Evanschitzky, H., Stan, V., & Nagengast, L. (2021). Fortaleciendo el vínculo entre satisfacción y fidelización: el papel de los costes de cambio relacionales. *Marketing letters*. doi:<https://doi.org/10.1007/s11002-021-09590-8>
- Fan LH, G. L. (2017). Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model. *PLoS One*. doi:10.1371/journal.pone.0190123.
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketin*. doi:<https://doi.org/10.1177/002224299205600103>
- García, M. E., Hernández, M. L., & Flores, J. I. (2025). Justicia Percibida, Lealtad y Confianza en Fallos en el Servicio. *Investigación Administrativa*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4560/456080147001/456080147001.pdf>
- Ha, J.-C., & Lee, J. W. (2022). La realización de una organización sostenible de alto rendimiento a través de la justicia procesal: el doble papel mediador de la confianza y el compromiso organizacional. *Sostenibilidad*. doi:<https://doi.org/10.3390/su14031259>
- Hall, A. (2025). Transparencia de precios y empoderamiento del paciente. *Análisis de la atención médica*. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10728-025-00550-1>
- Hamzeh, A., Hozarmoghadam, N., & Ghanbarzadeh, M. (2023). Investigación del nivel de satisfacción de los asegurados con el seguro médico complementario en Irán. *BMC Health Services Research*. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10134-1>
- Han, A., Lee, K.-H., & Jongsun, P. (2022). El impacto de la transparencia de precios y la competencia en los costos hospitalarios: una investigación sobre bases de datos de reclamaciones de todos los pagadores. *BMC Health Serv Res*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08711-x>
- Heidary, K., van der Rest, J.-P., & Custers, B. (2024). Discrimination grounds and personalised pricing: Consumer perceptions of fairness, norm alignment, legality, and trust in markets. *Internet Policy Review*. doi:<https://doi.org/10.14763/2024.4.1809>
- Homburg, C., Hoyer, W. D., & Koschate, N. (2005). Customers' Reactions to Price. *Revista de la Academia de Ciencias de Marketing*. doi:<https://doi.org/10.1177/0092070304269953>

- Homburg, C., Hoyer, W. D., & Koschate, N. (2005). Customers' Reactions to Price Increases: Do Customer Satisfaction and Perceived Motive Fairness Matter? . *JOURNAL OF THE ACADEMY OF MARKETING SCIENCE* . doi:<https://doi.org/10.1177/0092070304269953>
- Hsu, L. C. (2018). Investigación del efecto del encuentro con el servicio, el valor y la satisfacción en el boca a boca: un contexto de servicio ambulatorio. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph15010132>
- Huang, C. L., Yang, S. C., & Yang, C. (2022). Exploración de la percepción de los estudiantes sobre la mala conducta académica: ¿Importan los factores individuales, la filosofía moral, la intención conductual y el juicio? *Fronteras en Psicología* . doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.857943>
- Izquierdo, G. (s.f.). Medicina prepagada en Ecuador. Obtenido de <https://segurodesaludecuador.com/medicina-prepagada/>
- J. JOSEPH CRONIN, J., BRADY, M. K., & HULT, G. T. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00028-2](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00028-2)
- Jiang, J. X., Krishnan, R., & Ge Bai. (2023). Transparencia de precios en los hospitales: investigación actual y perspectivas futuras. *JAMA Netw Open*. Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2800088>
- Jr., J. J., Brady, M. K., & Hult, G. M. (2000). Evaluación de los efectos de la calidad, el valor y la satisfacción del cliente en las intenciones de comportamiento del consumidor en entornos de servicio. *Revista de Comercio Minorista*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00028-2](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00028-2)
- La Hora. (2025). Clientes pagan hasta el doble por su seguro de salud en Ecuador y no lo saben, alerta Superintendencia de Competencia Económica. *La Hora*. Obtenido de <https://www.lahora.com.ec/economia/Clientes-pagan-hasta-el-doble-por-su-seguro-de-salud-en-Ecuador-y-no-lo-saben-alerta-Superintendencia-de-Competencia-Economica-20250722-0005.html>
- Lamiraud, K., & Stadelmann, P. (2020). Costos de cambio en mercados competitivos de seguros de salud. *Ovidio*. Obtenido de <https://www.ovid.com/journals/heco/fulltext/10.1002/heco.4111~switching-costs-in-competitive-health-insurance-markets-the>
- Le, T. P., Ngo, S. L., Chau, V. H., & Pham, D. K. (2025). Understanding customer loyalty in sports facilities: Insights into service quality, perceived value, satisfaction and facility image. *Journal of Physical Education and Sport*. Obtenido de <https://efsupit.ro/images/stories/january2025/Art%209.pdf>
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. *Social exchange: Advances in theory and research*. doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3087-5_2.

- Lim, W. M., Saha, V., & Das, M. (2025). Del fracaso del servicio a la lealtad a la marca: evidencia de la paradoja de la recuperación del servicio. *Journal of Brand Management*. doi:<https://doi.org/10.1057/s41262-025-00380-5>
- Liu, X., Yang, F., Cheng, W. W., Wu, Y., Cheng, J., Sun, W. C., . . . Shi, J. (2020). Investigación de métodos mixtos sobre la satisfacción con el seguro médico básico de residentes urbanos y rurales en China. *BMC Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09277-1>
- Loewenstein, G., Sunstein, C. R., & Golman, R. (2014). Divulgación: La psicología lo cambia todo. *Revista anual de economía*. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-economics-080213-041341>
- Luh Anggi Bellyantia, K. R. (2019). Role of Customer Satisfaction Mediated Relationship Between Service Quality and Price Fairness on Repurchase Intentions. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*. Obtenido de <https://gssrr.org/JournalOfBasicAndApplied/article/view/10463/5476>
- Martin, W. C., Ponder, N., & Lueg, J. E. (2009). Percepciones de justicia de precios y lealtad del cliente en un contexto minorista. *Revista de investigación empresarial*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.05.017>
- Martínez-Tur, V., Ramos, J., Peiro, J. M., & Moliner, C. (2006). Justice perceptions as predictors of customer satisfaction: The role of distributive, procedural, and interactional justice. *International Journal of Service Industry Management*. Obtenido de https://www.uv.es/uipot/Documentos/publicaciones_recientes/ARTICULO_PDF/Martinez_JASP_06.pdf
- Mathauer, I., Saksena, P., & Kutzin, J. (2019). Pooling arrangements in health financing. Obtenido de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12939-019-1088-x.pdf>
- Morgado, F. F., Meireles, J. F., Neves, C. M., Amaral, A. C., & Ferreira, M. E. (2018). Fe de erratas de: Desarrollo de escalas: diez limitaciones principales y recomendaciones para mejorar las prácticas de investigación futuras. *Psicología: Reflexión y Crítica*. doi:10.1186/s41155-016-0057-1
- Nagengast, L., Evanschitzky, H., Blut, M., & Rudolph, T. (2014). Nuevos conocimientos sobre el efecto moderador de los costos de cambio en el vínculo entre satisfacción y comportamiento de recompra. *Revista de Comercio Minorista*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jretai.2014.04.001>
- Nguyen, T. L. (2021). La relación entre la calidad percibida del servicio y las expectativas sobre la satisfacción y la lealtad del cliente. *Revista Biomédica de Investigación Científica y Técnica*. doi:10.26717/BJSTR.2021.40.006396
- Nguyen, T. L., & J., P. M. (2023). The Effect of Perceived Service Quality and Expectation on Customer Satisfaction. *J Tumor Med Prev*. doi:10.19080/JTMP.2023.07.555630

- Nursalim, C. P., Tannia, T., & Roberto, A. (2024). Service Quality and Perceived Value Toward Customer Satisfaction in E-Commerce Delivery: The Role of Trust. *Revista Internacional de Negocios Aplicados & Gestión Internacional*. doi:<https://doi.org/10.32535/ijabim.v10i1.3741>
- OECD. (2021). Organisation for Economic Co-operation and Development. *Smart disclosure policies for consumer markets*. Obtenido de <https://www.oecd.org/en/topics/competition.html>
- Oliver, R. L. (1980). Un modelo cognitivo de los antecedentes y consecuencias de las decisiones de satisfacción. *Journal of Marketing Research*. doi:<https://doi.org/10.1177/002224378001700405>
- Ozretić Došen Đ, Š. V. (2020). Assessment of the Quality of Public Hospital Healthcare Services by using SERVQUAL. *PMC – Public Health*. doi:10.20471/acc.2020.59.02.12. PMID: 33456116; PMCID: PMC7808225.
- PALig. (s.f.). Pan American Life Ecuador. Obtenido de <https://palig.com/es/ec>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). Un modelo conceptual de la calidad del servicio y sus implicaciones para la investigación futura. *Journal of Retailing*. doi:https://doi.org/10.2307/1251430?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate
- Parillo Condori, L. G., & Condori, L. (2025). Modelo Servqual en la calidad de servicio y satisfacción del usuario en consultorio externo de Medicina. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. Obtenido de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16349/23341>
- Parra, A. B., & Zipaquirá-Vargas, A. A. (2016). Validación de la escala SERVQUALing en la población de estudiantes de ingeniería de la Universidad de Boyacá. Caso servicios bibliográficos. *Revista Digital educación En Ingeniería*. Obtenido de <https://educacioneningeneria.org/index.php/edi/article/view/639/294>
- Patel, J. D., Trivedi, R. H., & Yagnik, A. (2020). Self-identity and internal environmental locus of control: Comparing their influences on green purchase intentions in high-context versus low-context cultures. *Journal of Retailing and Consumer Services*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2019.102003>
- PATMA, T. S., KUSUMAWATI, A., MAULUDIN, H., & ZAINI, A. (2020). Efecto mediador del valor percibido por el cliente sobre la calidad de la experiencia y la relación de lealtad. *Universidad del Zulia*. doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.3987675>
- Primicias. (2024). Clientes pagan más por seguros de salud mientras suben primas y costos médicos. Obtenido de <https://www.primicias.ec/economia/clientes-seguros-salud-costos-primas-101204/>
- Putra, Y. D., & Yasa, N. N. (2021). Efecto de las percepciones de justicia sobre la satisfacción y lealtad del cliente. *International Research Journal of Management, IT & Social Sciences*. doi:<https://doi.org/10.21744/irjmis.v8n4.1884>

- Radic, D. (2024). Price fairness: square equity and mean pricing. *Journal of Revenue and Pricing Management*. doi:<https://doi.org/10.1057/s41272-023-00418-w>
- Rahim AIA, I. M. (2021). Patient Satisfaction and Hospital Quality of Care Evaluation in Malaysia Using SERVQUAL and Facebook. *Healthcare*. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare9101369>
- Rubiano, M. G., Tobar, R. A., & López, C. J. (2022). ¿Cómo entender la justicia organizacional en tiempos de pandemia? Relación con la disposición al cambio. *Redalyc.org*. doi:<https://doi.org/10.14718/ACR2023.26.1.10>
- Saludsa. (s.f.). Saludsa. Obtenido de <https://www.saludsa.com/>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. d. (2018). Metodología de la investigación. Obtenido de https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/metodologia_de_la_investigacion_-_hernandez_sampieri_-_6ta.pdf
- Samudio, A., & Ordoñez, T. (2025). Estudio sobre el mercado de seguros de salud y medicina prepagada. *Corral Rosales*. Obtenido de <https://corralrosales.com/la-sce-publica-estudio-sobre-el-mercado-de-seguros-de-salud-y-medicina-prepagada-propone-reformas-estructurales-para-fortalecer-la-competencia-y-proteger-al-usuario/>
- Sánchez, D. G., Reyes, S. G., & Rodríguez, R. U. (2025). Calidad del Servicio como factor determinante de la satisfacción y lealtad de los consumidores de servicios alimenticios. *Revista científica europea*. doi:<https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n38p144>
- SCE. (s.f.). ¿Qué hace la SCE? Obtenido de <https://www.sce.gob.ec/sitio/que-hace-la-sce/>
- SCE. (2023). Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado (LORCPM) – Reformas 2023. Obtenido de <https://www.sce.gob.ec/sitio/wp-content/uploads/2023/06/LORCPM-Nuevas-Reformas-2023.pdf>
- SCE. (2025). Informe de Estudio de Mercado: Sector de Seguros de Asistencia Médica y Medicina Prepagada. *Superintendencia de Competencia Económica (SCE)*. Obtenido de <https://www.sce.gob.ec/sitio/wp-content/uploads/2025/07/Informe-de-Estudio-de-Mercado-Sector-de-Seguros-Asistencia-Medica-y-Medicina-Prepagada.pdf>
- SCE. (2025). Recomendación Nro. SCE-DS-2025-02. *Superintendencia de Competencia Económica*. Obtenido de <https://www.sce.gob.ec/sitio/wp-content/uploads/2025/07/RECOMENDACION-SCE-DS-2025-02.pdf>
- Services, U. D., Labor, & Treasury, t. (2020). Transparency in Coverage – Final Rule. *Federal Register*. Obtenido de <https://public-inspection.federalregister.gov/2020-24591.pdf>
- Setyawan, F. E., Supriyanto, S., Ernawaty, E., & Lestari, R. (2020). Comprender la satisfacción y la lealtad del paciente en la atención primaria de salud pública y privada. *Journal of Public Health Research*. doi:<https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1823>

- Sharifi, T., Hosseini, S.-E., Mohammadpour, S., Javan-Noughabi, J., Ebrahimipour, H., & Hooshmand, E. (2021). Evaluación de la calidad de los servicios prestados por los centros de salud en Mashhad, Irán: escalas SERVQUAL versus HEALTHQUAL. *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06405-4>
- Shaw, S., Chovancová, M., & Bejtkovský, J. (2022). Managing price changes: Role of consumer thinking styles on perceived price fairness and purchase intention. *Innovative Marketing*. Obtenido de https://www.businessperspectives.org/images/pdf/applications/publishing/templates/article/assets/16678/IM_2022_02_Shaw.pdf
- Shukla, A., Mishra, A., & Dwivedi, Y. (2025). Expectation Confirmation Theory: A. *TheoryHub*. Obtenido de <https://open.ncl.ac.uk/theory-library/expectation-confirmation-theory.pdf>
- Sirur, A. J., & Pillai, R. (2024). Precios de los servicios hospitalarios: evidencia de una revisión temática. *Cambridge University Press*. Obtenido de <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/pricing-of-hospital-services-evidence-from-a-thematic-review/67040782234051AAFE34BCD05B5BEDCA>
- Solakis, K., Vinces, J. P., & Bonilla, J. L. (2022). Value co-creation and perceived value: A customer perspective in the hospitality context. *European Research on Management and Business Economics*. doi:<https://www.elsevier.es/es-revista-european-research-on-management-business-489-articulo-value-co-creation-perceived-value-a-S2444883421000346>
- Souza, J. A., Yap, B. J., Wroblewski, K., Blinder, V., Araújo, F. S., Hlubocky, F. J., . . . Cella, D. (2016). Medición de la toxicidad financiera como un resultado clínicamente relevante informado por el paciente: La validación de la Puntuación Integral de Toxicidad Financiera (COST). *American Cancer Society Journals*. Obtenido de <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30369#>
- Sweeney, J. C., & Soutar, G. N. (2001). Valor percibido por el consumidor: el desarrollo de una escala de ítems múltiples. *Revista de venta minorista*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(01\)00041-0](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(01)00041-0)
- Tan, J., Zhao, Z., Ma, W., Liu, Y., & Zhao, H. (2025). Percepción de la equidad de precios en las plataformas de servicios de comida en línea: un enfoque basado en datos que utiliza fsQCA y aprendizaje automático. *Revista Internacional de Gestión Hotelera*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2024.104014>
- Tawseef, G., & Bhat, M. A. (2021). Costos de cambio y fidelización del cliente: una revisión de la literatura. *Revista Internacional de Estudios de Gestión y Desarrollo*. doi:<https://doi.org/10.53983/ijmds.v10i05.369>

- Tawseef, G., & Bhat, M. A. (2021). Costos de cambio y fidelización del cliente: una revisión de la literatura. *Revista Internacional de Estudios de Gestión y Desarrollo*. doi:<https://doi.org/10.53983/ijmds.v10i05.369>
- Tax, S. S., Brown, S. W., & Chandrashekar, M. (1998). Evaluaciones de los clientes sobre las experiencias de quejas de servicio: implicaciones para el marketing relacional. *Revista de Marketing*. doi:<https://doi.org/10.1177/002224299806200205>
- Thaichon, P., Cheah, J.-H., & Ting, H. (2022). El lado oscuro y brillante del comportamiento del consumidor en línea. *Revista del comportamiento del consumidor*. doi:<https://doi.org/10.1002/cb.2041>
- Utino, L., Birhanu, B., Getachew, N., & Ereso, B. M. (2023). Calidad percibida de los servicios médicos en el departamento de consultas externas de los hospitales públicos de la zona de Dawro, en el sur de Etiopía. *BMC Health Serv Res*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09178-0>
- Vital, P. (s.f.). Plan Vital. Obtenido de <https://www.planvital.ec/>
- Waluyowati, M. I. (2023). The effect of service quality and perceived value on customer loyalty. *International Journal of Research in Business and Social Science – SSBFNET*. Obtenido de <https://www.ssbfn.net/ojs/index.php/ijrbs/article/download/2667/1886/10056>
- World Health Organization & World Bank. (2023). Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. *World Health Organization / The World Bank*. Obtenido de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099849509142336101/pdf/IDU0112083b20b9f404c8d0a7470b592382b25d4.pdf>
- Wu, J.-H., Lee, K.-T., Cheng, K.-I., Du, J.-K., & Lee, C. Y. (2024). Patient perception of service quality to preanesthetic oral examination: a cross-sectional study using the SERVQUAL model. *BMC Oral Health*. Obtenido de <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-024-03853-2>
- Zambrano, L. (2025). Un 77 % de clientes no sabe por qué sube su seguro de salud. *Expreso*. Obtenido de <https://www.expreso.ec/actualidad/economia/un-77-de-clientes-no-sabe-sube-su-seguro-de-salud-258687.html>



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

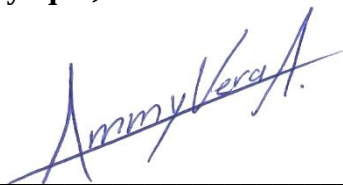
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Andrade, Ammy Vanessa**, con C.C: 1315625515 autora del trabajo de titulación: **Satisfacción del asegurado y justicia percibida del precio en seguros/medicina prepagada: un análisis multivariable**, previo a la obtención del título de **Licenciada En Negocios Internacionales** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 14 de febrero del 2026

f. 

Nombre: Vera Andrade, Ammy Vanessa
C.C: 1315625515



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Satisfacción del asegurado y justicia percibida del precio en seguros/medicina prepagada: un análisis multivariable.		
AUTOR(ES)	Vera Andrade, Ammy Vanessa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lucín Castillo, Virginia Carolina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Economía y Empresa		
CARRERA:	Negocios Internacionales		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Negocios Internacionales		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de febrero del 2026	No. DE PÁGINAS:	85 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina prepagada, seguro de salud, sistema de salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Satisfacción del cliente, percepción de precios, calidad del servicio		
RESUMEN/ABSTRACT: La presente investigación se centra en analizar qué factores influyen en la satisfacción de los asegurados y en cómo perciben el precio que se paga en el sector de seguros y medicina prepagada en Ecuador. En un contexto donde las primas aumentan con frecuencia, la información no siempre es clara, existen demoras en los trámites y las dificultades de acceso a los servicios de salud, resulta importante evaluar como todas estas situaciones afectan la experiencia del usuario. Para analizar cómo se relacionan la satisfacción, la calidad del servicio, la percepción de justicia en el precio, los costos de cambio, la transparencia en cómo se informa y el valor percibido, se trabajó con un enfoque cuantitativo, donde se analizaron las variables sin modificarlas y se evaluaron un solo periodo. Se utilizó un modelo multivariable para poder comprender como estos factores influyen en las decisiones de los asegurados en si quieren recomendar su plan o de cambiar a otro proveedor. La investigación se sustenta en el modelo SERVQUAL para medir la calidad del servicio, el enfoque de justicia del precio y el NPS para poder medir la intención de recomendación. También considera que la satisfacción está relacionada con el valor percibido, donde se explica que la satisfacción depende como el usuario compara lo que está recibiendo con lo que está pagando. Los resultados ayudaran a entender mejor cómo se comportan los usuarios en el sector privado de salud. Además, aportaran con información que se basa en datos en un ámbito nacional donde hay poca investigación y aportara con recomendaciones para que se pueda mejora la transparencia, mejorar el servicio y promover un mercado más justo y poniendo al asegurado como prioridad.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono:	E-mail: ammy.vera@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Freire Quintero César Enrique		
	Teléfono: +593-990090702		
	E-mail: cesar.freire@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			