

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS



TESIS

**Para optar el Grado Académico de Maestro en Administración de
Negocios**

**Programa de Salud Privado para mejorar la atención de bodegueros
del distrito Los Olivos – Lima**

Autor: Bach. Donohue Palacios, Enrique Donato

Asesor: Mg. Rivera Lynch, César Armando

LIMA - PERÚ

2020

Miembros del Jurado Examinador para la evaluación de la sustentación de la tesis, que estará integrado por:

1. Presidente : Mg. Carlos Saito Silva
2. Miembro : Mg. Miguel Alberto Rodríguez Vásquez
3. Miembro : Mg. Hugo Julio Mateo López
4. Asesor : Mg. César Armando Rivera Lynch
5. Representante de la EPG :

Dedicatoria

A Josefa Esperanza, mi compañera, esposa y mejor amiga, por su incondicional apoyo tanto en los buenos, como en los malos momentos y por su paciente amor.

A mi padre adorado, Enrique, que siempre me exigió a salir adelante y que hoy vela por mi desde la eternidad, a mi madre Agueda, por haberme dado la vida y educarme en el amor a Dios y a la Virgen, que siempre están conmigo.

A mi amigo Andrés Choy Li, por su invaluable y constante apoyo para la realización de la presente tesis.

Agradecimientos

Un agradecimiento sincero a mi asesor, a nuestro metodólogo y profesores revisores, profesionales de primer nivel, quienes con sus conocimientos y consejos hicieron posible la realización del presente documento el cual espero que contribuya al desarrollo del sector de salud privado en Lima.

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO	4
1.1. Descripción del problema	4
1.2. Formulación del problema	12
1.2.1 Problema General.....	12
1.2.2 Problemas Específicos	12
1.3. Importancia y Justificación del estudio.....	13
1.4. Delimitación del estudio	20
1.5. Objetivos generales y específicos	21
1.5.1. Objetivo general.....	21
1.5.2. Objetivos específicos	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1. Marco histórico	22
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema	27
2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	33
2.4. Definición de términos básicos	69
2.5. Fundamentos teóricos que sustentan las hipótesis	72
2.6. Hipótesis.....	73
2.6.1 Hipótesis general.....	73
2.6.2 Hipótesis específicas	73
2.7. Variables	74
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	75
3.1. Tipo, método y diseño de la investigación.....	75
3.2. Población y muestra	80
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	85
3.4. Descripción de procedimientos de análisis	89
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	90
4.1. Resultados	90
4.2. Análisis de resultados.....	121
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
REFERENCIA.....	140
ANEXOS	146
Anexo 1: Declaración de Autenticidad	146
Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación	147
Anexo 3: Matriz de consistencia	148
Anexo 4: Matriz de Operacionalización.....	149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: <i>Población Afiliada a Seguro de Salud, según Tipo de Seguro (% respecto del total de población)</i>	26
Tabla 02: <i>Técnicas e instrumentos</i>	88
Tabla 03: <i>Matriz de Análisis de datos</i>	89
Tabla 04: <i>Cantidad de Centros asistenciales frecuentados por los bodegueros de Los Olivos</i>	92
Tabla 05: <i>Cantidad de atenciones por mes</i>	102
Tabla 06: <i>Precios promedio de las atenciones de salud</i>	111
Tabla 07: <i>Precios promedio atenciones de salud</i>	115
Tabla 08: <i>Información de pruebas PRE y POST</i>	122
Tabla 09: <i>Resumen de procesamiento de casos</i>	123
Tabla 10: <i>Información de muestras pre y post</i>	127
Tabla 11: <i>Resumen de procesamiento de casos</i>	128
Tabla 12: <i>Información de muestras pre y post</i>	131
Tabla 13: <i>Resumen de procesamiento de casos</i>	132
Tabla 14: <i>Resumen de resultados</i>	135
Tabla 15: <i>Matriz de consistencia</i>	148
Tabla 16: <i>Matriz de Operacionalización</i>	149

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 01:</i> Bodega típica. Mega emprendedor, Peruano Año 2019.....	5
<i>Figura 02:</i> Seguro Integral de Salud (SIS), Perú. SIS (2000)	7
<i>Figura 03:</i> Necesidades básicas Plan de salud privado familiar. Prosalud.org, Bolivia, Año 2000.....	9
<i>Figura 04:</i> 14 necesidades básicas que deben ser cubiertas para mantener la integridad. Espai TCI. España. Virginia Henderson	10
<i>Figura 05:</i> Atributos de calidad en la atención en salud y sus significados. Alemania. (Minsalud, 2014) ResearchGate	11
<i>Figura 06:</i> Situación de los centros asistenciales. Ministerio de Salud (MINSA).....	13
<i>Figura 07:</i> Zona Lima Norte. Las Limas Arellano Marketing.....	14
<i>Figura 08:</i> Encuesta de MDAPERÚ (Mecanismos de Desarrollo Alternos). MDAPERU	14
<i>Figura 09:</i> Ejemplos de Promoción de la salud. La Salud 321.	15
<i>Figura 10:</i> Población ocupada no afiliada a ningún seguro de salud. INEI.....	16
<i>Figura 11:</i> Bodega en Los Olivos. Asociación de Bodegueros del Perú.	17
<i>Figura 12:</i> Distribución de bodegas en Lima Metropolitana. INEI – RENAMU. Elaboración propia	18
<i>Figura 13:</i> Evolución de las bodegas en Lima Metropolitana. INEI – RENAMU. Elaboración propia	18
<i>Figura 14:</i> Tendencia de aseguramiento en salud Perú: 2000-2008 (porcentajes). ACP	23
<i>Figura 15:</i> Población asegurada a SIS y Essalud 2000-2008 (porcentajes). ACP.....	24
<i>Figura 16:</i> Población con seguro privado 2000-2008 (porcentajes). ACP	24
<i>Figura 17:</i> Asociación de Clínicas Privadas. Elaboración propia.....	34
<i>Figura 18:</i> Los dos sistemas de salud. Tomado de Lazo-Gonzales, O, Alcalde-Rabanal, J y Espinoza-Henao	38
<i>Figura 19:</i> Cobertura de salud según IAFAS. Tomado de Lazo-Gonzales, O. Alcalde- Rabanal, J, Espinoza-Henao, MO.	41
<i>Figura 20:</i> Mapa conceptual de la investigación. Elaboración propia.	72

<i>Figura 21:</i> Enfoque de Investigación. Metodología de la Investigación (Hernández Sampieri).....	76
<i>Figura 22:</i> Mapa del distrito de Los Olivos.Google Maps.....	81
<i>Figura 23:</i> Bodegas en la avenida Central, distrito de Los Olivos, Lima Norte. SIGE (Sistema de información Geográfica para emprendedores INEI).....	81
<i>Figura 24.</i> Contraste del test para la primera variable. Elaboración propia.	83
<i>Figura 25:</i> Contraste pre test para la segunda variable. Elaboración propia.	83
<i>Figura 26:</i> Contraste de test para la tercera variable. Elaboración propia.	84
<i>Figura 27:</i> Clínica en Los Olivos. Clínica del Norte Los Olivos.	93
<i>Figura 28:</i> Marketing Mix. kotler and Fox (1995).....	93
<i>Figura 29:</i> Clínica Mundo Salud. Los Olivos	98
<i>Figura 30:</i> Cantidad de centros asistenciales frecuentados en Los Olivos. Elaboración propia	99
<i>Figura 31:</i> Diagrama de flujo de la App. Elaboración propia.....	103
<i>Figura 32:</i> App +salud inicio sesión. Elaboración propia.....	105
<i>Figura 33:</i> App para ingresar sus datos. Fuente: Elaboración propia	105
<i>Figura 34:</i> Para solicitar atención. Elaboración propia	106
<i>Figura 35:</i> Para consulta virtual. Elaboración propia.....	106
<i>Figura 36:</i> Derechos de los pacientes.Clinica del Country.	107
<i>Figura 37:</i> Cantidad de atenciones por mes de los bodegueros en Los Olivos. Elaboración propia.	108
<i>Figura 38:</i> La Segmentación de mercados. Enciclopedia Económica.	111
<i>Figura 39.</i> Citas y atenciones Virtuales. Elaboración propia.	117
<i>Figura 40:</i> Pago de servicios de salud. Actualícese.	117
<i>Figura 41:</i> Asociación de Bodegueros del Perú. ABP.	118
<i>Figura 42:</i> Finalización de utilización del aplicativo. Elaboración propia.....	118
<i>Figura 43:</i> Tarifarios consultorios privados de la zona de Los Olivos. Elaboración propia	119
<i>Figura 44:</i> Tarifarios de Clínicas y Policlínicos de la zona de Los Olivos. Elaboración propia	120
<i>Figura 45:</i> Resumen de pruebas de normalidad. SPSS	124
<i>Figura 46:</i> Prueba T de Student muestras emparejadas. SPSS.....	126
<i>Figura 47:</i> Pruebas de normalidad. SPSS.....	128
<i>Figura 48:</i> Prueba de Wilcoxon muestras emparejadas. SPSS	129

<i>Figura 49:</i> Pruebas de normalidad. SPSS.....	132
<i>Figura 50:</i> Prueba T de Student. SPSS.....	134

RESUMEN

El presente trabajo de investigación implementa un programa privado de salud dirigido a uno de los segmentos de la población que trabaja de manera independiente, y mayormente en sus hogares, en este caso los bodegueros. Este sistema les permite tener acceso a atenciones de salud de manera más eficiente, a un bajo costo y en donde pueden participar todos los integrantes del seno familiar, en todos los centros afiliados de la zona del distrito de Los Olivos en la llamada Lima Norte.

La metodología utilizada fue a través de la base de datos que proporcionó de manera desinteresada la Asociación de Bodegueros del Perú en el año 2018, con la cual se pudo obtener importante información respecto a los centros de salud de la zona, las atenciones y los precios que pagaban.

De donde se pudo apreciar claramente una oferta de salud privado para este segmento verdaderamente muy limitada, tanto por los centros de salud frecuentados, así como por su nivel de atención y los precios que se les estaba cobrando, sin ningún tipo de diferenciación de otros segmentos con mayor poder adquisitivo.

En su implementación se trabajó de la mano con la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), una institución que alberga a miles de afiliados a nivel nacional y que busca constantemente bienestar para sus asociados, realizando convenios con la asociación de clínicas privadas (ACP), utilizando la herramienta de marketing denominada el marketing mix, la cual detalla cada una de las variables a considerar para poder lograr implementar principalmente la primera parte que tiene que ver con la oferta de salud.

Luego de todo lo antes realizado, a través la base de datos, un año después, en este caso el 2019, se pudo constatar que efectivamente el programa de salud privado para bodegueros dio los resultados esperados con reducciones en las tarifas de atención, incremento en el número de atenciones y mayor cantidad de centros de salud a disposición de los afiliados

Palabras clave: Sistema privado de salud, bodegueros, atención, precios, afiliados.

ABSTRACT

This research work implements a private health program aimed at one of the segments of the population that works independently, and mostly in their homes, in this case the winemakers. This system allows them to have access to health care in a more efficient way, at a low cost and where all members of the family can participate, in all affiliated centers in the Los Olivos district area in the so-called North Lima.

The methodology used was through the database provided disinterestedly by the Asociación de Bodegueros del Perú in 2018, with which it was possible to obtain important information regarding health centers in the area, care and prices. that they paid.

From where it was possible to clearly appreciate a very limited private health offer for this segment, both by the health centers frequented, as well as by their level of care and the prices that were being charged, without any type of differentiation from other segments with greater purchasing power.

In its implementation, we worked hand in hand with the Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), an institution that houses thousands of affiliates nationwide and that constantly seeks well-being for its associates, making agreements with the association of private clinics (ACP) , using the marketing tool called the marketing mix, which details each of the variables to consider in order to be able to implement mainly the first part that has to do with the health offer.

After all that was done before, through the database, a year later, in this case 2019, it was found that indeed the private health program for winemakers gave the expected results with reductions in care fees, an increase in the number of care and the largest number of health centers available to members

Keywords: Private health system, winemakers, care, prices, affiliates.

INTRODUCCIÓN

El sector de trabajadores independientes en nuestro país es muy grande, estando en el orden de aproximadamente el 60% de la población económicamente activa, según reportes del INEI, sin embargo, no tiene acceso a los servicios de salud privada como si la tiene el dependiente, es decir aquel trabajador que tiene un trabajo estable, como estar en la planilla de una empresa formal, gracias a los seguros privados de salud y las EPS, Entidades Prestadoras de Salud.

Esto motivó realizar el presente trabajo de investigación dirigido principalmente a los comerciantes independientes, en este caso los bodegueros, un sector con el cual se estuvo involucrado mucho tiempo en diferentes actividades profesionales, como lo son el sector de venta de bebidas, el sector bancario, y actualmente en el de educación.

Motivos muy poderosos por lo que se le conoce muy de cerca, y por otro lado gracias también a las colaboraciones que se ha tenido con el señor Andrés Choy Li, presidente de la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), y la valiosa información que ha proporcionado constantemente de manera directa y con mucha preocupación por apoyar a sus asociados en poder contar con un programa de salud privado diseñado y dirigido específicamente a los bodegueros, en este caso, de la zona de Los Olivos, de la llamada Lima Norte, una zona que esta creciendo y evolucionando en todos los aspectos en esta centuria , y por ende también sus necesidades.

Por otro lado, es pertinente mencionar que la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), presidida por el señor Choi, ha sido reconocida por ley en el congreso de la república en el año 2018, con lo que se le está dando la relevancia e importancia que tiene este importante sector de trabajadores independientes en nuestro país.

En el primer capítulo se detalla el problema principal, es decir la falta de un sistema de salud privado, donde se puedan atender los comerciantes independientes, es decir aquellos a los que se refiere líneas arriba, y por motivos del presente trabajo de tesis, se está abordando a los bodegueros del distrito de Los Olivos, que en los últimos años ha

manifestado crecimiento económico y progreso social, además de contar con la mayor cantidad de bodegas en Lima, según los informes de ABP.

Por otro lado actualmente existen seguros, pero de carácter social y masivos como es el SIS (sistema integral de salud) y el MINSA (ministerio de salud), los cuales son un apoyo para sus necesidades médicas, sin embargo, el tiempo de atención, espera y trato personal, dejan mucho que desear.

En el capítulo dos se aborda en primer lugar el marco histórico el cual trata lo relacionado a como se inicia este problema social con una disparidad entre los distintos grupos sociales que obliga a las personas, en este caso los independientes, a enfrentar mayores problemas para acceder a los servicios esenciales como es el de la salud, por otro lado, también se ve la política del aseguramiento universal en salud de acuerdo al marco legal vigente.

También se tratan en este punto las investigaciones relacionadas con el presente tema, como son tesis, publicaciones, tanto nacionales como internacionales que refieren el tema de la salud, los seguros, atenciones, niveles de atención, etc.

Luego se abordan las bases teóricas que sirvieron de soporte para la investigación, en donde se encuentran principalmente las hipótesis y las investigaciones relacionadas con el tema, en donde se puede observar que se tocan diferentes temas como lo son las aplicaciones o llamadas apps, el sistema de salud en nuestro país y en otras latitudes, conceptos del marketing mix , como son las 7 Ps, del sector privado y público en lo que respecta a la salud, la oferta y demanda, las atenciones y otros que suman de una u otra forma .

Asimismo, se tratan la definición de términos básicos considerados y por último en esta parte se realizan las formulaciones de las hipótesis, desde la general, hasta las específicas de donde se desprenden las variables dependientes e independientes, con sus respectivos indicadores.

El tercer capítulo se trata sobre la metodología utilizada para la investigación, es decir el tipo definiéndose como cuantitativa, el método descriptivo explicativo, y el diseño cuasi-experimental.

Por otro lado, también se trata la población y muestra, las cuales están delimitadas en los años 2018-2019, con lo cual se obtuvo la información, pre test y post test, que proporcionó, a través de su base de datos en este caso, la ABP y las técnicas y herramientas para la obtención de los datos.

Y en el cuarto capítulo se aborda los resultados y los análisis de manera detallada, en la situación previa al estudio, es decir el pre test, y luego de haber implementado el programa, el denominado post test, para al final realizar las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Descripción del problema

Las historias de las bodegas en el Perú se remontan a épocas muy tempranas de nuestra república, (“el chino de la esquina” comentario popular, Martha Hildebrand, Habla Culta, 2013), en la actualidad podemos ver bodegas en todos distritos de nuestro Perú.

La apertura de las bodegas se da por varias razones como lo menciona el Estudio sobre bodegas en Lima, Asociación de bodegueros del Perú (ABP), año 2015“ El 41% de los bodegueros señala porque no tenia trabajo y decidio formar este negocio, el 24% conocia bien el negocio y contaba con capital y el 19.3% es un negocio familiar, la familia ya estaba en el negocio” (pag 21 cuadro 27) con esta informacion podemos afirmar que las bodegas nacen como una necesidad de trabajo y en algunos casos este ya estaba, o se les presentaba la oportunidad.

Andrés Choy, presidente de la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), comenta que existen 113 mil de estos negocios en Lima Metropolitana y 414 mil a nivel nacional. En Lima Metropolitana, la mayor cantidad de bodegas se concentra en Lima Norte (43,1%) y Lima Sur (21,7%). Lima Este concentra el 20,8%, Lima Centro 8,3% y Lima Centro Medio 6,1%.

“Las bodegas en el Perú son los típicos negocios familiares que operan como micro y pequeñas empresas (Mypes) y otorgan empleo a miles de peruanos”, señala el señor Andrés Choi Iy. Cada bodega representa en promedio a una familia, que en promedio son más o menos de 4 a 5 personas que dependen de estos pequeños comercios.

“Estamos hablando de casi medio millón de personas, solo en Lima, por lo que el impacto es muy importante. Además, hay otro tipo de comercios que dependen de las bodegas. Por ejemplo, los proveedores pequeños”. Ver Figura 01.



Figura 01: Bodega típica. Mega emprendedor, Peruano Año 2019.

Siendo estos negocios familiares, y quien atiende es la familia del bodeguero, y están expuestas a múltiples problemas de salud producto de la forma de trabajo que están expuestos como (contagios de enfermedades, o daños corporales como asaltos y producto de esto heridas de bala, y/o heridas punzo cortantes) podríamos decir que estos problemas de salud vendrían a ser riesgos laborales).

En el Perú se vienen tomando medidas, en abril del año 2009 se promulgó la “Ley 29344 Marco de Aseguramiento universal en Salud”, que tiene como objeto “Establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento”. (Cáp I art.1)

Con esta ley que unifica, protege y evita la discriminación entre las personas busca garantizar el acceso a la salud a todos, sin distinción de raza, género, o condición social y económica. Contempla también que dichas prestaciones se den en forma accesible económicamente.

Los peruanos necesitamos el acceso, libre y sin ninguna restricción a los servicios de salud, para eso es, esta ley, para que norme las formas de acceso, financiamiento, regulación y gestión y el estado garantice los recursos hacia el sector salud.

En la mencionada ley (29344) (Cap II artículo 7) Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, refiere “Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud sujetas a la presente ley son aquellas públicas y privadas o mixtas” En este sentido dicho artículo refiere la unificación de criterios en atenciones de salud sean estos públicos o privadas tomando en cuenta que hasta antes de dicha ley cada entidad andaba por su lado y tenía diferentes normas, ahora podríamos ver en papel o en norma una unificación del sistema de salud, aunque en la práctica sabemos que esto no ocurre.

La población peruana económicamente activa, generalmente se ubica en el empleo informal, que no tiene acceso a un seguro de salud, con esta ley se pretende cubrir esta brecha en el Cap IV art 19 refiere “ A partir de la vigencia de la presente ley, todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en su condición de afiliados” con esto se podría cubrir las necesidades de salud de la población peruana, sin desmedro de su ya precario ingreso económico.

Es así que a partir de esta ley nace el SIS (Sistema Integral de Salud) que pretende cubrir las necesidades de salud en 5 planes de seguro SIS (Así lo describe en el portal de plataforma digital único del estado peruano).

1. SIS: gratuito
2. SIS: para todos

3. SIS: Independientes
 4. SIS. Microempresa
 5. SIS Emprendedor (para trabajadores que no tengan empleados a su cargo)
- Sistema Integral de Salud, conocido por sus siglas SIS, ver Figura 02.



Figura 02: Seguro Integral de Salud (SIS), Perú. SIS (2000)

A pesar de los esfuerzos del estado, estos planes no cubren en su totalidad las necesidades de salud de la población, ya que como dicen la enfermedad no espera y las atenciones para dichos planes pueden demorar mucho sobre todo para intervenciones en cirugía, además de los plazos largos entre consulta, con el consiguiente malestar, y mala atención en plataforma de atención, que es con los que tiene que lidiar un usuario de estos planes, enfermo y con una atención poco empática.

Este es el caso de los bodegueros que pueden calzar en uno de estos planes pero que en su mayoría no usa dicho plan por lo antes mencionado.

En todo este contexto, los comerciantes bodegueros y sus familias (esposa, madre, hijos) en muchos casos son economías de subsistencia y utilizan los servicios médicos privados a costos elevados o de lo contrario acceden al policlínico más cercano, que atienda su necesidad de salud por ser esta una atención más rápida ya que él o su familia debe atender su bodega que es lo que le sustenta.

Si vemos a este sector en toda su dimensión, podemos darnos cuenta que son muy vulnerables a los problemas de salud, ya que realizan actividades por muchas horas, casi los siete días de la semana. (SALUD M. D., 2011)

Sin embargo, este sistema no satisface a este sector ya que requieren de una atención inmediata porque ellos son sus propios empleadores y necesitan reincorporarse a sus labores en su bodega.

Las consecuencias de este problema, y por qué se necesita incrementar la Cobertura y las atenciones de salud, se refieren principalmente a que el ciclo del negocio del bodeguero, puede ser afectado por el impacto de una enfermedad, y la mala salud es decisiva en la continuidad del negocio.

La mejor forma en la que se les puede atender actualmente, se atienden en postas médicas, centros de salud de la municipalidad denominados SISOL, y en casos no tan extremos médicos particulares, lo cual trae como consecuencia disminución en sus ingresos, que ya de por si no son los mejores.

Dentro de los aspectos negativos al estar ocurriendo este problema, el MINSA en la Encuesta Nacional de Hogares 2006 menciona que:

En los últimos años, todas las mejoras realizadas en el sector salud, a través de los diferentes programas y seguros de salud ofrecidos por el Ministerio de Salud (MINSA), no han tenido el éxito que se tenía previsto, y por lo tanto no han podido llegar a la totalidad de la población, incluida la población pobre y muy pobre de nuestro país.

Por estas razones, la problemática del acceso a los servicios de salud que tiene el mayor proveedor en nuestro país, es decir, el Ministerio de Salud (MINSA), sigue siendo vigente y de mucho interés su estudio, que es parte de esta investigación, porque tiene que ver directamente con el acceso por los precios de atención.

La propuesta de alternativa de solución a esta problemática es creando un sistema que sea más accesible, de acuerdo a una adecuada cobertura de salud, la que permite a los bodegueros y sus familias un mejor y rápido acceso al plan de salud privado familiar, afiliando o creando más centros asistenciales.

Este sistema permite a los bodegueros y a sus familias que puedan tener el acceso a atenciones médicas a costo social a través de negociaciones directas con las clínicas, policlínicos, médicos particulares y con cualquier otra institución de salud que se encuentre cercana al bodeguero asegurado.

En este caso, el distrito de Los Olivos, con la finalidad de reducir los costos de atención y de internamiento, la cual permite un mejor servicio en la atención a los bodegueros, esta se hace a través de una planificación en los costos de la atención médica, la cual redundará en un servicio en la atención de salud de este importante sector de la población, atendiendo principalmente las necesidades Básicas. (CHOY LI , 2015). Ver Figura 03.



Figura 03: Necesidades básicas Plan de salud privado familiar. Prosalud.org, Bolivia, Año 2000

Como se aprecia en el artículo del diario Gestión del 2019, donde menciona que de acuerdo con el 5to Informe Anual de Tendencias Médicas Globales 2019 de Mercer Marsh Beneficios, los costos médicos en todo el mundo continúan sobrepasando la tasa de inflación general país (3.3%) con un promedio mundial de 9.6% al cierre del 2019.

Esta reducción en los precios, se hace posible, planificando los costos en la atención médica, para un mejor servicio, y para atender las necesidades básicas que deben ser cubiertas para la integridad. Ver Figura 04.



Figura 04: 14 necesidades básicas que deben ser cubiertas para mantener la integridad. Espai TCI. España. Virginia Henderson

Sólo en Perú, para el presente año, se proyectaba una tasa de crecimiento de la atención médica de 7%, antes de la pandemia, casi 3 veces más alta que la tasa de inflación del país (2.5%), mientras que para el 2021 se espera incluso un incremento mayor, en donde se busca principalmente Atributos de Calidad en la atención, parte de las expectativas que todos tenemos como ciudadanos. Ver Figura 05.



Figura 05: Atributos de calidad en la atención en salud y sus significados. Alemania. (Minsalud, 2014) ResearchGate

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo mejorar la cobertura de atención de salud de los bodegueros de Los Olivos?

1.2.2 Problemas Específicos

- a) ¿Cómo mejorar la oferta de salud?
- b) ¿Cómo incrementar las atenciones de salud?
- c) ¿Cómo reducir el precio de las atenciones de salud?

1.3. Importancia y Justificación del estudio

✓ Importancia del estudio

La investigación de la presente tesis es sumamente importante, en vista que el acceso a las atenciones de salud en nuestro país es que tiene limitaciones para los sectores medios bajos e independientes, debido a que no se encuentran incluidos en los grupos sectoriales de la población.

En este sentido, las bodegas que son conducidas por personas independientes que están vinculados a los servicios de salud social, pero que es como si no lo tuvieran por la demora en la atención y por la falta de recursos en los hospitales y la seguridad social que se encuentran saturados y a punto de colapsar.

Los últimos casos de negligencia médica que han dado en hospitales y centros de la seguridad social, nos indican la situación paupérrima que tienen estos servicios y que personas con un ingreso bajo tienen que acceder a este sistema casi colapsado, poniendo en riesgo su vida. Ver Figura 06



Figura 06: Situación de los centros asistenciales. Ministerio de Salud (MINSA)

El Programa de Descuentos en Atenciones Médicas Privadas, llamado así este sistema, el cual permite a los bodegueros que puedan tener el acceso a atenciones médicas a costo social a través de negociaciones directas con las clínicas, con la finalidad de reducir los costos de atención y de internamiento.

Para ello, se ha considerado trabajar la zona de Los Olivos en Lima Norte, ver Figura 07, donde se concentran más del 40% de las bodegas, en vista que se trata de esta parte de nuestro territorio con un alto crecimiento económico, debido por un lado a la gran cantidad de población con un sentido del emprendimiento, tal como se aprecia, ver Figura 08.



Figura 07: Zona Lima Norte. Las Limas Arellano Marketing.

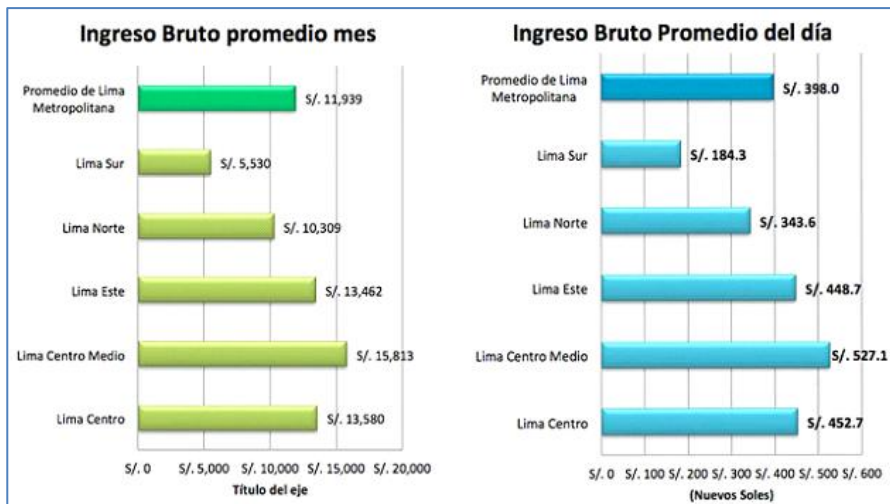


Figura 08: Encuesta de MDAPERÚ (Mecanismos de Desarrollo Alternos). MDAPERU

El sector de salud privado principalmente en Lima, capital del Perú se incrementa a un ritmo de aproximadamente 10%, el cual está empujado de alguna manera por el crecimiento de los ingresos de los habitantes del país, que

de una u otra forma está motivado por la mejora en el aspecto económico del Perú.

Y de otro lado, por la creciente atención por la salud y su enfoque en prevenir, antes que curar, lo cual ha despertado el interés de grupos varios grupos empresariales peruanos y extranjeros en la promoción de la salud. Ver Figura 09.



Figura 09: Ejemplos de Promoción de la salud. La Salud 321.

El crecimiento constante que se está dando en salud, se sustenta en el prestigio de las clínicas y su plana médica, la adecuada infraestructura y su moderna tecnología, complementada con la calidad y calidez ofrecidas.

Asimismo, podemos observar que un factor clave del incremento de la demanda es la mala calidad en la atención del sector de salud pública.

Por otro lado, vemos que existe el riesgo de no poder atender la creciente demanda debido a la insuficiente infraestructura especialmente en los distritos emergentes de la ciudad, situación que se torna crítica debido a la escasez de locales y terrenos adecuados para la edificación de clínicas y centros médicos.

En el año 2012, en el ranking de los mejores 40 establecimientos de salud de Latinoamérica, solo tres clínicas limeñas están, donde las principales

oportunidades de mejora para asegurar que más clínicas de Lima califiquen en el ranking, están relacionadas con la seguridad, capacidad de investigación, y prestigio regionalmente.

Sin embargo, podemos ver que el “bajo poder de negociación con respecto a las entidades prestadoras de salud (EPS), es una debilidad debido a la verticalización y oligopolio de las EPS, situación que el sector salud privado en Lima, está enfrentando de manera creativa, creando planes propios de salud personalizados a la realidad de las zonas que atiende”. (Alosilla-Velazco R., Tesis sobre planeamiento estratégico del sector salud privada en Lima, 2000)

El sector bodeguero representa el 54% de los establecimientos de comercio minorista según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

No cuenta con ningún sistema de asistencia médica y los programas que tiene el estado son facultativos y no alcanzan directamente a este sector. Ver Figura 10.

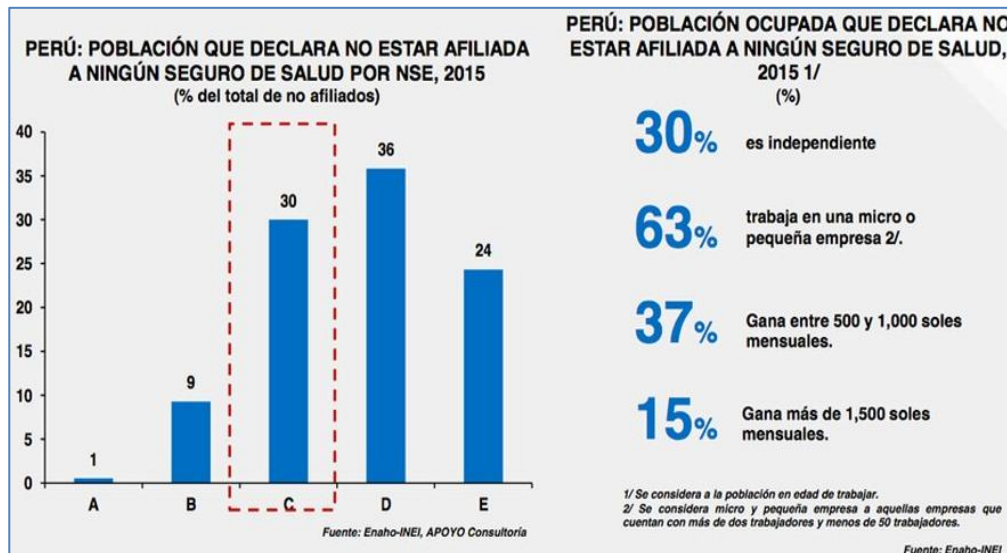


Figura 10: Población ocupada no afiliada a ningún seguro de salud. INEI

Requiere una propuesta que les permita acceder a planes de salud privado familiar a precios bajos, considerando que muchos de estos negocios son por temas de subsistencia lo cual no quiere decir que sean de extrema pobreza; creándoles la necesidad que la salud es primordial para el desarrollo de la familia y del negocio.

Si bien es cierto generan recursos limitados un problema de salud les puede afectar en su economía familiar.

Esta investigación quiere estudiar como el bodeguero, pagando una membresía, está dispuesto a aceptar planes de salud familiar otorgados por el sector privado, obteniendo beneficios como atenciones médicas a precios bajos y frente a una situación de salud, sin sacrificar ingresos familiares, generados con esfuerzo, en la atención médica de manera particular. Ver Figura 11.



Figura 11: Bodega en Los Olivos. Asociación de Bodegueros del Perú.

En Lima Metropolitana la distribución de las bodegas se aprecia en la *Figura 12* y en donde la mayor concentración de ellas está en Lima Norte, llegando a un 43%.

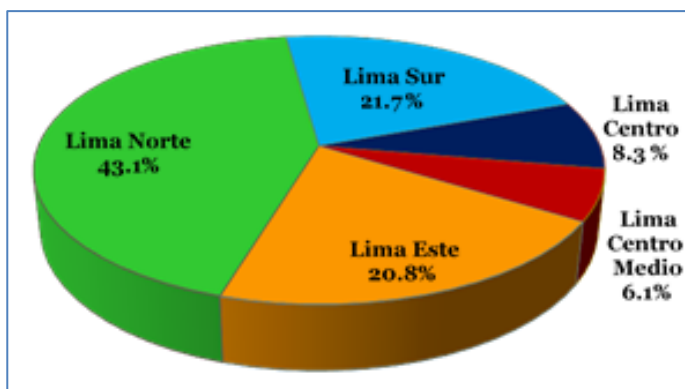


Figura 12: Distribución de bodegas en Lima Metropolitana. INEI – RENAMU. Elaboración propia

Por otro lado, la evolución se muestra en la Figura 13, en donde se corrobora que la mayor concentración de bodegas siempre ha estado en Lima Norte´.

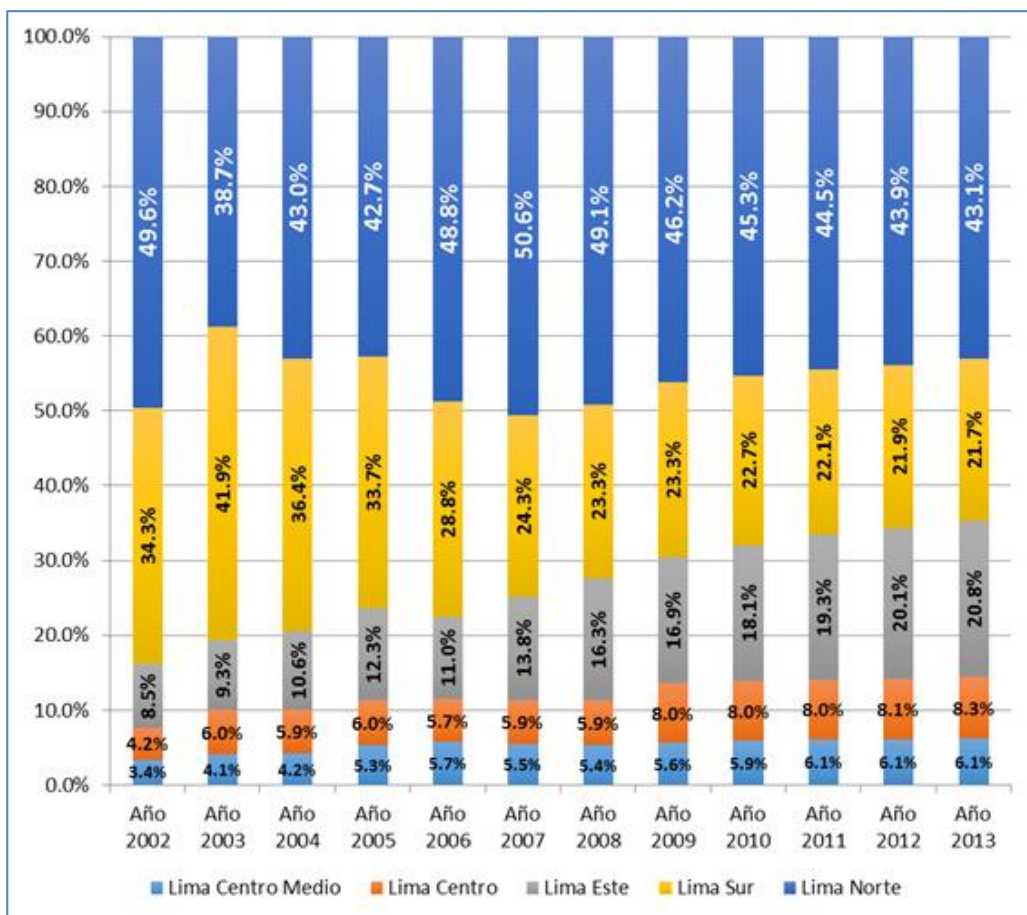


Figura 13: Evolución de las bodegas en Lima Metropolitana. INEI – RENAMU. Elaboración propia

✓ **Justificación del estudio**

Justificación Teórica

El valor teórico de la presente tesis se basa en que la información que obtenga puede servir para revisar, desarrollar o apoyar una teoría.

Justificación Metodológica

La utilidad metodológica que se utilizara va a contribuir a la definición de un concepto, variable o relación entre variables.

Justificación Práctica

Las implicaciones prácticas ayudaran a resolver un problema que es real.

Justificación Económica

El desarrollo y la sostenibilidad respecto a la presente tesis son muy conveniente para los bodegueros.

Justificación Social

La conveniencia y el impacto social con esta investigación serán relevante para este sector.

Justificación Legal

El marco legal en el cual se basa la presente tesis, esta de una u otra forma ya normado a través de varios tipos de seguros.

Justificación Ecológica

La relación con el medio ambiente y la sociedad es positiva en vista que los seres humanos somos parte de la ecología, y esta tesis se basa en mejora su bienestar.

1.4. Delimitación del estudio

- **Delimitación espacial**

El estudio se enfoca a las bodegas ubicadas en el distrito de Los Olivos.

- **Delimitación temporal**

El ámbito de la información a trabajar, está comprendida entre los años 2018 y 2019.

- **Delimitación Teórica**

La información que se ha obtenido, puede servir para revisar, desarrollar o apoyar una teoría.

1.5. Objetivos generales y específicos

1.5.1. Objetivo general

Implementar un plan de salud privado para mejorar la cobertura de salud de los bodegueros del distrito de los Olivos.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Implementar una red de centros asistenciales para incrementar la oferta de salud.
- b) Implementar un aplicativo informático de citas para incrementar las atenciones de salud.
- c) Implementar tarifario por volumen de atención para reducir el precio de atenciones de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco histórico

A pesar de los esfuerzos realizados desde el Estado, se debe admitir que actualmente existen sectores de nuestra población que no acceden a determinados servicios básicos.

Hay una disparidad entre los distintos grupos sociales que obliga a las personas en peores condiciones socioeconómicas a enfrentar mayores problemas para acceder a los servicios esenciales. Esta situación genera una incertidumbre en las poblaciones vulnerables, entre otras cuestiones, respecto de la atención de su salud y su financiamiento. (PUEBLO, 2013).

La política del aseguramiento universal en salud, de acuerdo al marco legal previsto en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud y normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Dicho en otras palabras: esta política busca ampliar, de manera progresiva, el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a servicios de salud de calidad y protección financiera frente a eventos de enfermedad, principalmente en los segmentos pobres.

Asimismo, busca expandir los beneficios en salud de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico y con un enfoque integral de la atención, además de establecer garantías explícitas de la oportunidad (tiempos de espera) y de la calidad de la prestación de los servicios de salud mediante estándares auditables. (PUEBLO, 2013)-

En la Figura 14 podemos observar claramente cómo se encuentra la tendencia de aseguramiento en salud en el Perú, donde podemos observar que tiene una tendencia creciente.

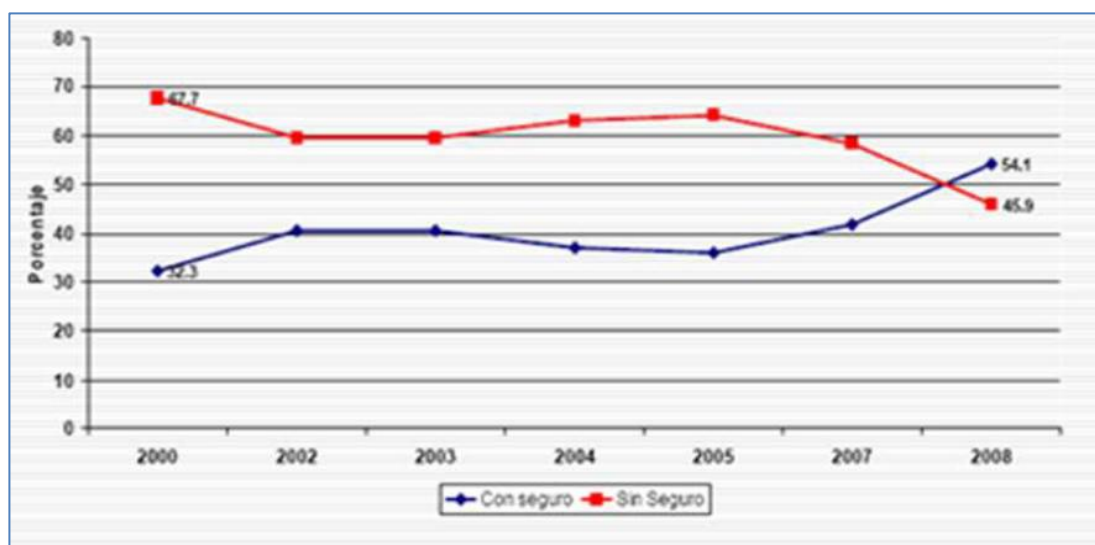


Figura 14: Tendencia de aseguramiento en salud Perú: 2000-2008 (porcentajes). ACP

En la Figura 15 podemos también observar como la población asegurada al SIS, está en creciente demanda, e inclusive ya es mayor que en Essalud

En la Figura 16, se aprecia que la población con seguro privado también está en pleno crecimiento con respecto a Essalud, dando muestras que está dispuesta a invertir en un seguro privado de salud.

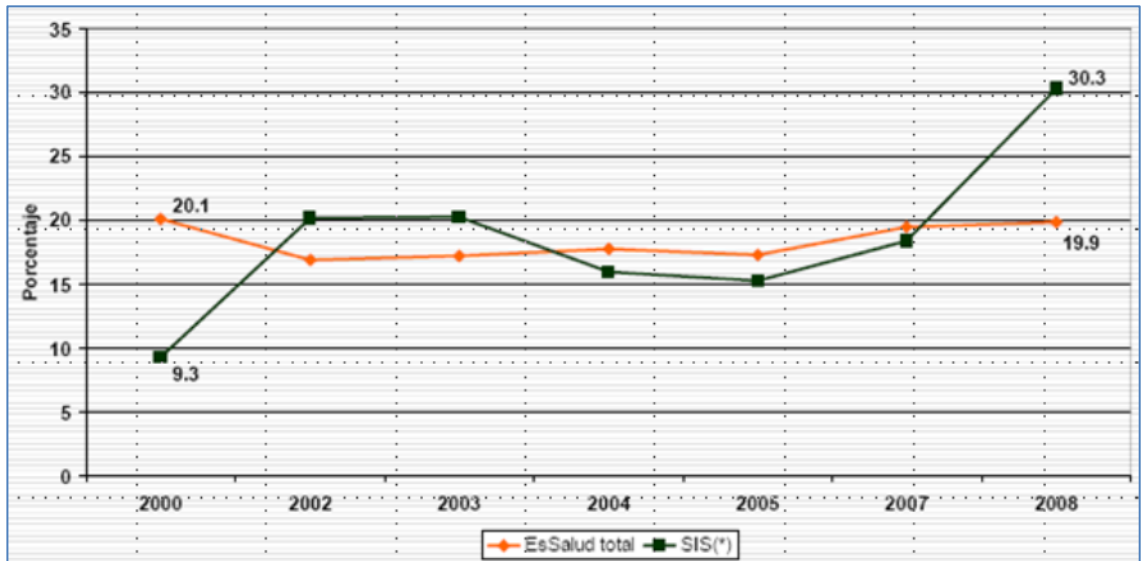


Figura 15: Población asegurada a SIS y Essalud 2000-2008 (porcentajes). ACP

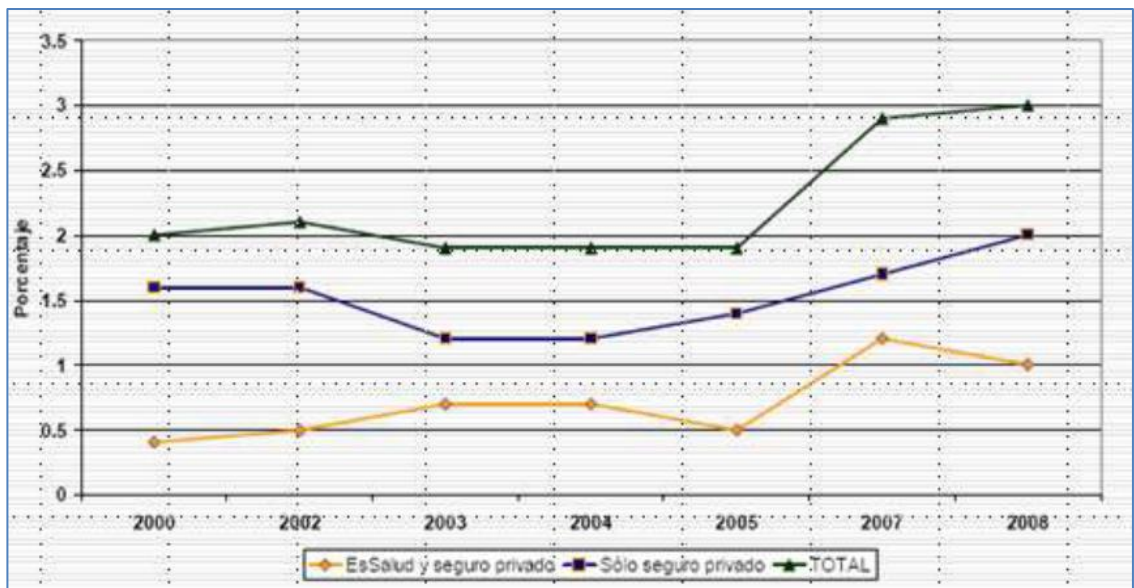


Figura 16: Población con seguro privado 2000-2008 (porcentajes). ACP

Las bodegas que son pequeños negocios que generan ingresos medios, no tienen acceso a la salud privada debido a los altos costos que ponen las compañías de seguros para acceder a este servicio.

Por su parte, las clínicas no tienen los accesos necesarios al mercado, debido a que su función principal es la atención de salud y sus mecanismos comerciales son cubiertos por las compañías de seguros, quienes envían los pacientes a las clínicas.

Ante esta situación a los conductores de bodegas y sus familiares, no les queda otra alternativa que ocupar los servicios de salud social y si la situación es grave se tiene que recurrir a la salud privada con el conveniente costo elevado que podría hacer quebrar al negocio. (CHOY LI , 2015).

La Constitución Política del Perú en el artículo número 7, capítulo II , refiere : “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.(pág 6) En ese sentido la ley madre, la constitucion afirma que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y que el estado debe velar que este derecho se cumpla. Pero que en la regularidad de los casos este derecho no se ejerce o el estado no logra que se haga realidad.

Por otro lado, en el capítulo II Artículo 9 de la constitucion política del Perú refiere: “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud” (pag 6). En este mismo sentido la constitucion garantiza que este derecho a la salud se realice de manera igualitaria para todos y en todo el territorio nacional, es mas refiere que es el estado la que facilita su aplicación.

Por otro lado, los autores Alosilla, Velazco R. en su tesis a la cual se hace referencia al final, “podemos ver que el acceso a la salud es un derecho de todos los peruanos, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG), demostró lo contrario, pues en el primer trimestre del año 2012, solo el 62% de la población posee acceso a la salud a través de algún seguro (i.e., público o privado)”.

“Mostrando inclusive una reducción de 2.2 puntos porcentuales vs el primer trimestre del año 2011, como se observa en la tabla siguiente”. (Alosilla-Velazco R., Tesis sobre planeamiento estrategico del sector salud privada en Lima, 2000).
Ver Tabla 01

Tabla 01:
Población Afiliada a Seguro de Salud, según Tipo de Seguro (% respecto del total de población)

Tipo de seguro de salud	Enero-Febrero-Marzo 2011P	Enero-Febrero-Marzo 2012P	Variación absoluta (puntos porcentuales)
Total	64.2	62	-2.2
Únicamente Essalud	20.8	22.5	1.7
Únicamente SIS	37.8	33.3	-4.5
Con otros seguros ¹	5.6	6.2	0.6

Fuente: “Condiciones de vida en el Perú”, por Instituto Nacional de Estadística e Informática, junio de 2,012

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

A continuación, se muestran las tesis, artículos, libros, publicaciones y otros que están relacionados a las variables del presente estudio.

✓ **Tesis sobre Planeamiento Estratégico del Sector Salud Privada en Lima**

(Alosilla-Velazco R., Tesis sobre planeamiento estrategico del sector salud privada en Lima, 2012)

En esta tesis realizada por alumnos de Centrum Católica, para graduarse como maestros en Administración de Negocios Globales, se plantea como problema principal con relacion a las atenciones de salud “ Existe el riesgo de no poder atender la creciente demanda debido a la insuficiente infraestructura especialmente en los distritos emergentes” (pag. 4), En ese sentido siendo los Olivos un distrito emergente, calza muy bien en este planteamiento ya que como se vera mas adelante, existen pocas entidades de salud privadas y del estado que cumplan con atender a dicha poblacion, de ahí la necesidad de investigar como se puede atender a dicha poblacion, ya que la demanda existe. En ese mismo sentido los autores de la tesis mencionan o plantean las siguientes estrategias para la atencion en salud.

- a) “Penetracion en el mercado con incremento descentralizado en los tres conos de lima” (pag 5), es asi que en la investigacion que se llevo a cabo se tomo en cuenta el distrito de los olivos que pertenece a Lima Norte, siendo uno de los distritos con mayor cantidad de bodegueros, poblacion que se esta investigando, tomando en cuenta dicha estrategia.
- b) “Desarrollo de planes de salud adecuados a los segmentos a atender” (pag 5) es importante esta estrategia y se asume en el presente trabajo pues se esta investigando como atender en salud, especificamente a un segmento no por demas importante de empresarios independientes (bodegueros), ideando planes de salud que se adecuen a las características de dicho segmento.

✓ **Estrategias de implementación del Aseguramiento Universal de Salud, en Asociación de Clínicas Privadas.**

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS DEL PERÚ (ACP). Año 2006, LIMA, PERÚ.

En esta importante publicación la ACP, presenta como problema principal:

Que en el mercado privado de salud participan diversos agentes que no se encuentran integrados, por lo que ninguno tiene un control total de la cadena. Las atenciones se realizan de manera particular, a través de Empresas Prestadoras de Salud, compañías de seguros, auto seguro o planes de medicina pre-pagada de clínicas.

Por otro lado, La Asociación tiene entre sus objetivos como representante oficial y reconocido de los prestadores de salud privada, establecer vínculos de cooperación con las instituciones pertenecientes al sector salud, tales como el Ministerio de Salud, EsSalud, SUSALUD, Colegio Médico del Perú, instituciones y asociaciones afines, entre otras.

Contribuir por intermedio de sus asociadas para ofrecer servicios de salud de calidad, calidez, seguridad, buen trato y oportunidad, promoviendo y cumpliendo así las garantías explícitas definidas por la Autoridad Sanitaria.

Velar por la protección y defensa de los servicios de salud privados ante la Autoridad de Salud y demás instancias públicas, privadas y mixtas del sector, así como brindar asesoría corporativa a las instituciones asociadas en materia científica, tributaria, laboral y otros aspectos vinculados a los servicios que prestan.

Estas publicaciones, aportan para el presente trabajo dar soluciones o alternativas a la propuesta de un seguro privado de salud específicamente diseñado para los bodegueros. (Luck, 2006)

✓ **Diplomado de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria (DPROFAM).**

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, Año 2018, MINSA, PERÚ

En este diplomado el problema principal está definido de la siguiente manera:

La salud es el resultado de múltiples factores que han sido evaluados y reconocidos por diferentes estudiosos del campo de las ciencias de la salud y de otras áreas. Es reconocida la participación de la genética, así como la influencia ambiental, a través de los estilos de vida, los factores ambientales o los mismos servicios de salud.

Es fundamental valorar a una población iniciando por el reconocimiento de su composición, características más resaltantes y los elementos que pueden influir sobre ella.

El objetivo principal es el disponer de información actualizada sobre las características territoriales y demográficas de la población nacional y de la población a cargo.

Analizar las situaciones problema que acontecen sobre la población a cargo y su relación con los establecimientos de salud.

Aplicar en los servicios de salud alternativas de mejora planteadas por los miembros del grupo respecto a las situaciones problema detectadas.

El aporte de este diplomado para la presente investigación se da en la medida en que me permite tener información de primera mano y de la institución de salud más importante del país que es el Ministerio de Salud (MINSA) con relación al aspecto demográfico. (MINSA, Diplomado de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria (DPROFAM)., 2018)

✓ **Planes de Beneficios en Salud en América Latina, Una comparación Regional.**

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), Año 2014, WASHINGTON, USA.

Esta importante publicación de nivel internacional, realizada por el BID, refiere principalmente que garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos es una meta hacia la que toda sociedad quiere avanzar, máxime en una región tan desigual como América Latina y el Caribe.

La cobertura universal es un objetivo importante para la mayoría de los países; sin embargo, el contexto para lograr una cobertura universal es difícil: cada día aumenta la presión sobre el gasto en salud. El rápido desarrollo de la tecnología médica, los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población son algunos de los factores que llevan a los países a incrementar su gasto en salud.

Además, como resultado de mejores condiciones de vida y más acceso a información médica, la población tiene expectativas cada vez mayores de lo que debiera ofrecerle el sistema de salud.

Al mismo tiempo, los recursos para la salud no han crecido a la par de la demanda, lo que ha generado una brecha creciente. “Ningún país del mundo tiene los recursos suficientes para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en un mundo de fantasía”.

Dice en un artículo reciente Sir Michael Rawlins, presidente del National Institute for Clinical Excellence, entidad pública de Reino Unido que ha sido pionera en decidir explícitamente qué tecnologías médicas se financian y cuáles no en el sistema de salud público inglés.

Esta publicación internacional aporta a mi trabajo información de primera mano con respecto a la información de esta importante entidad como es el BID.

(BID DESARROLLO, 2014)

✓ **Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Papel del Seguro Privado.**

FUNDACIÓN MAPFRE, Año 2010, MADRID, ESPAÑA.

En el presente trabajo, la fundación MAPFRE, desarrolla actividades de interés general para la sociedad, y en este marco EL INSTITUTO DE CIENCIAS DEL SEGURO DE LA FUNDACIÓN MAPFRE, promueve y desarrolla actividades educativas y de investigación en el campo del seguro.

La presencia de MAPFRE como aseguradora en 18 países de Latinoamérica, motivó que su fundación se centrara como problema principal, en el conocimiento de los sistemas de salud de cada uno de ellos.

Es por esto que la presente tiene como objetivo dedicar un capítulo a cada país en forma individual, y a pesar de las diferencias entre cada uno de ellos, este estudio describe organizadamente, y de forma homogénea, las principales características de estos SISTEMAS DE SALUD.

Es por este motivo que esta excelente obra, de nivel internacional, aporta para el presente trabajo de investigación la experiencia y la información detallada que se necesita. (MAPFRE, 2011).

✓ **La Salud y su Aseguramiento en Argentina, Colombia, Chile y España.**

FUNDACIÓN MAPFRE, Año 2011, MADRID, ESPAÑA.

En esta investigación el Problema Principal, motivo de su estudio, es respecto al Derecho a la Salud, la cual define como aquella prerrogativa de la persona, en la cual ella, su familia o el grupo social pueden exigir de los Órganos del Estado que se establezcan los medios adecuados, para que puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social, y que garanticen el mantenimiento de tales condiciones.

Su objetivo principal radica en hacer un estudio referente a la Seguridad Social y como los gobiernos de Colombia, España, Chile y Argentina, en vista que no pueden cubrir en su totalidad las necesidades de Atención de Salud, surgen los Seguros Privados de Salud.

Aquí radica la importancia de esta publicación para con esta tesis, la cual se basa en implementar un seguro privado de salud para un importante sector de nuestra sociedad que son los comerciantes minoristas, en este caso en particular, los bodegueros. (MAPFRE, 2011)

2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

Para el año 2005, el gasto en salud como porcentaje del PBI representó el 3.7%, lo que sería equivalente a más de USD 4,500 millones de dólares, casi 4 puntos porcentuales menor que el promedio de América Latina.

El origen de los fondos es predominantemente “gasto de bolsillo” (34%), el esfuerzo estatal corresponde a un tercio de la inversión total y viene con tendencia decreciente.

Según estudios presentados por el CIES, a pesar del incremento porcentual de la población asegurada entre 1985 y 2005, cerca de dos tercios de los peruanos no tienen ningún tipo de seguro.

Sin embargo, en los últimos tres años y gracias a la mejora en los niveles de la economía y del empleo, la población vinculada a los planes contributivos se ha incrementado progresivamente.

La mayor oferta de establecimientos la concentra el Ministerio de Salud, seguido por el sector privado y por Essalud en ese orden; el establecimiento del Ministerio de Salud posee la mayor penetración al interior del país.

En el mercado privado de salud participan diversos agentes que no se encuentran integrados, por lo que ninguno tiene un control total de la cadena. Las atenciones se realizan de manera particular, a través de Empresas Prestadoras de Salud, compañías de seguros, auto seguro o planes de medicina pre-pagada de clínicas

Es un mercado que supera los USD 300 millones de dólares anuales y está constituido por los aportes a EPS, compañías de seguros, fondos de auto seguros y planes de medicina pre-pagada. La población de este mercado se estima en un millón de afiliados.

Para acceder a los beneficios, los afiliados a un plan de salud deben cotizar alrededor de 30 USD per cápita mensual. Para acceder a las prestaciones, el financiador contrata una red de establecimientos, en su mayoría privados.

Los mecanismos de pago se encuentran contemplados en los contratos económicos pactados entre el prestador y el financiador, bajo la regulación del supervisor (SEPS, SBS + Indecopi, Cod. Civil, otros) (Luck, 2006). Ver Figura 17.



Figura 17: Asociación de Clínicas Privadas. Elaboración propia

A partir de esta parte se van a describir todas y cada una de las referencias teóricas que sustentan la presente investigación, para que se sustente de una manera adecuada. Este es un trabajo de investigación que aborda un problema social sumamente importante, La salud.

Conceptos de Salud.

Desde 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionó “salud es la ausencia de enfermedad o invalidez, unida al completo bienestar físico, psíquico y

social”. Esta dentición según Vargas Domínguez “Ha recibido amplias críticas por considerarse utópica y estática; además, pretende calichar al individuo en un instante de la vida, como si todo se quedara parado, pero en la realidad la salud se mueve, es decir, es dinámica, por lo que hoy se tiene bienestar y mañana no, y las personas sufren medicaciones; es imposible tener satisfacción permanente”. (Vargas Dominguez & Palacios, 2015)

Estar bien de salud sería afirmar que hay ausencia de enfermedad, muchas veces estar mal de salud no es consecuencia de alguna alteración de un mal funcionamiento de un órgano ya que la actitud la parte emocional juega un papel importante en el estar bien, o sea que el estar bien no tendría porque necesariamente ser porque tenemos ausencia de enfermedad, se puede estar enfermo y estar bien.

Otro enfoque es el que ensaya Margarita D. Rosas menciona “De acuerdo con el enfoque ecológico el individuo vive un grado de adaptación a su ambiente: cuanto más adaptado a él se encuentre, mejor será su estado de salud. Otra forma de expresarlo sería decir que la salud y la enfermedad no existen, sino, que son grados de adaptación al medio ambiente. Cuanto más adaptado a él se encuentre, mejor será su estado de salud”. (Rosas Munive, 2009, pág. 114)

Definición de salud controversial pero bastante importante donde se puede apreciar la interrelación que puede tener el individuo con su medio ambiente, al punto de acomodarse mutuamente.

Concepto de Plan de Salud y su definición

El concepto de plan de salud “como un conjunto de servicios y prestaciones médicas que se otorgan a las personas en espacios públicos tanto para aquellos que poseen un trabajo y su consecuente obra social como para aquellos desempleados que sólo puedan atenderse en lugares gratuitos. El Estado debe proporcionar a los diferentes grupos sociales atención en salud en aspectos básicos como las vacunaciones, campañas de prevención, reparto de bienes y productos básicos, etc.”.(MX E. D., 2016)

Por lo que se observa en esta definición es que es un instrumento de planificación, donde se determinan prioridades, objetivos, proyectos, programas con el fin de favorecer a diferentes estratos sociales o territoriales

Otro concepto que ensaya Valera Arnanz: “Importa poco cómo quieras llamarlo, lo importante es que sepas lo que es. Plan de salud, igual a plan de bienestar, seguro médico... diferentes palabras para la misma idea. Hay muchas discusiones al respecto, no obstante, es un tema puramente semántico o de matices”. Así lo refiere Valera Arnanz (Valera Arnanz, 2017)

Concepto de Programa

Uno de los elementos que permite sistematizar las actuaciones en salud es el diseño general, el nivel en el que se focalizan las intervenciones. En el campo de la intervención en salud todos hemos oído muchas veces expresiones como: “se ha diseñado un programa para...” o “se tiene que diseñar un proyecto que permita...” o, incluso, “se ha puesto en marcha un plan para...”. (i Encuentra, 2013)

Los términos plan, programa y proyecto, que a menudo se usan como sinónimos, en realidad tienen un sentido unívoco en las ciencias sociales y, por extensión, en la intervención, ya sea de tipo social o sanitaria.

El concepto de valor.

Este es un término relativamente subjetivo, pero en la siguiente cita podemos apreciar que: “El comprador elige las ofertas que de acuerdo con su percepción le entregan mayor valor, esto es, la suma de los beneficios y costos tangibles e intangibles. El valor, un concepto fundamental del marketing, es principalmente una combinación de calidad, servicio y precio (csp), llamada la tríada de valor del cliente. Las percepciones de valor aumentan con la calidad y el servicio, pero disminuyen con el precio”. (Kotler & Lane Keller, Dirección de marketing, 2016, pág. 11)

Nosotros los seres humanos somos de una u otra forma relativamente diferentes, principalmente por que percibimos a nuestro entorno desde nuestra forma de percibir las cosas, más aún cuando nos referimos al valor, pero en este caso tratamos de verlo desde la calidad del producto, los servicios y el precio que vaya acorde con el mismo.

El Sistema de Salud Peruano

“A fines de la década anterior se inició un proceso de reforma del sistema de salud peruano, que, pese a mantener incólume su histórica segmentación, ha generado importantes cambios. Como parte del proceso de reforma se diferenciaron sus funciones bajo el supuesto de que esto mejoraría la gobernabilidad, así como la eficiencia y la transparencia en la asignación y la utilización de los recursos”. (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinoza-Henao, 2016)

Sin embargo, podemos afirmar que en la actualidad continuamos con un sistema de salud fragmentado, cada uno con sus propias características que no llegan a cumplir las expectativas de llevar a nuestra población un sistema equitativo y de calidad para todos.

En Figura 18 se puede observar que existen dos subsistemas, el público y el privado

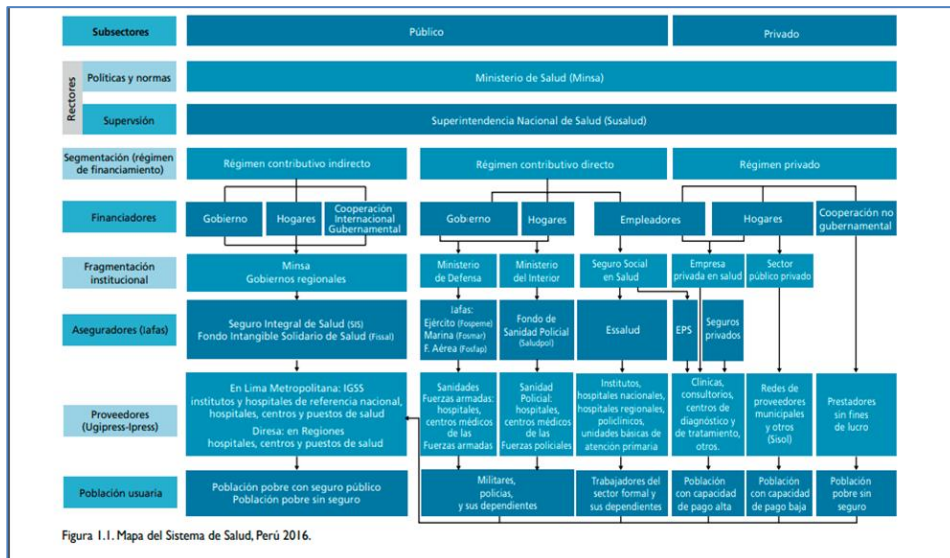


Figura 18: Los dos sistemas de salud. Tomado de Lazo-Gonzales, O, Alcalde-Rabanal, J y Espinoza-Henao

El MINSA (Ministerio de Salud) como Autoridad Sanitaria

Es el MINSA el Sistema Público, quien mantiene un rol de autoridad máxima en el sector salud de ahí que es el MINSA quien crea la Superintendencia de Salud (SUSALUD), esta entidad es la que hace de labor fiscalizadora, supervisora de las acciones de los diferentes entidades públicas y privadas de salud, el MINSA y SUSALUD comparten responsabilidades en la gestión de la política de salud. (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinoza-Henao, 2016)

Seguro Social Peruano (EsSalud)

La seguridad Social en el Perú, representada por Essalud, brinda sus servicios de salud a todos los trabajadores dependientes, teniendo un seguro de Essalud, el trabajador accede a los servicios de salud, como atención en consultas, intervenciones médicas, hospitalizaciones, reembolsos económicos, así como descansos médicos.

Lazo-Gonzales refiere” Los derechohabientes del seguro social pueden optar por recibir los servicios de Essalud (modalidad tradicional), a través de su propia red de servicios distribuida a nivel nacional, o incorporarse a una EPS (modalidad privada), que les provee la atención de menor complejidad (capa simple) a través

de servicios privados contratados y deriva hacia Essalud la atención de mayor complejidad” (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinoza-Henao, 2016, pág. 19)

Entidades Prestadoras de Salud (EPS)

Las entidades prestadoras de Salud son otra de las modalidades que puede acceder las personas con el fin de cubrir su necesidad de servicio de salud en ese sentido las “Las EPS son empresas e instituciones públicas o privadas cuya finalidad es la de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la normatividad emitida por la SEPS.

Están facultadas para ofertar planes de salud para los asegurados regulares, potestativos (personas que no tienen la condición de asegurados regulares) y de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)” (salud S. d., 2005, pág. 1)

En nuestro país acceder a una EPS no resulta fácil para los trabajadores, dado que si la empresa donde trabaja no está afiliada a una EPS este trabajador no puede acceder a dicho sistema y solo accede al seguro social, al que si la empresa donde labora está obligada.

Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía

Otros de los sistemas a los que puede acceder los peruanos es: Sanidad de la policía creada con el Decreto Legislativo 1175 ley del régimen de salud de la PNP (Peruano & El Peruano, Decreto legislativo 1175, 2013).

Se refiere:

Artículo 3.- De la salud policial Los beneficiarios del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú tienen derecho a acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y la

disponibilidad de financiamiento de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) de la Policía Nacional del Perú.

El personal policial con discapacidad por acción de armas, acto de servicio, como consecuencia o con ocasión del servicio estará sujeto, además del presente Decreto Legislativo, a lo dispuesto por la Ley que otorga protección al personal con discapacidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Sanidad de las Fuerzas Armadas

Es con el Decreto Supremo N° 245-89 y Decreto Legislativo 1173-6 de Diciembre 2013 (El Peruano, 2013). De donde se norma lo siguiente:

Artículo 2.- Denominación de las IAFAS Modifíquese las denominaciones de los Fondos de Salud para el Personal Militar de las Fuerzas Armadas, adecuadas como IAFAS, con las denominaciones y siglas siguientes:

- a. IAFAS del Ejército del Perú (FOSPEME);
- b. IAFAS de la Marina de Guerra del Perú (FOSMAR); y,
- c. IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP).

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas en adelante IAFAS, son de naturaleza pública y reciben aportes provenientes del Estado como empleador, aportes facultativos del titular con derecho y otros aportes de acuerdo a la normatividad vigente.

No tienen fines de lucro y contribuyen al bienestar del Personal Militar. Dichas IAFAS coordinan y articulan en forma permanente con los establecimientos de salud de las Instituciones Armadas (IPRESS).

Artículo 3.- Finalidad de las IAFAS Las IAFAS (ver Figura 19) tienen por finalidad financiar la atención integral de la salud del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes, que cumplan los requisitos que para tal efecto se establezca en el Reglamento de la presente norma;

así como, de los cadetes y alumnos de las Instituciones Armadas.(Decreto supremo 245-89-EF, 1989)

Tipo de Iafas	Iafas	Porcentaje poblacional
♦ Iafas pública (59,85 %)	Seguro Integral de Salud (SIS)	59,8
♦ Iafas Seguro Social (35,3 %)	Essalud	30,9
	Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	2,8
	Iafas del Ejército (Fospeme)	0,1
	Iafas de la Fuerza Aérea (Fosfap)	0,1
	Iafas de la Marina (Fosmar)	0,1
	Iafas de la Policía Nacional (Saludpol)	1,3
♦ Iafas privadas (4,7 %)	Empresas de Seguros	2,4
	Prepagas	2,1
	Autoseguros	0,2

Fuente: Registro de Afiliados al AUS para todas las Iafas.

Figura 19: Cobertura de salud según IAFAS. Tomado de Lazo-Gonzales, O. Alcalde-Rabanal, J, Espinoza-Henao, MO.

Otros Sistemas de Salud

Existen en el mercado de la salud diversos servicios de salud, en la mayoría de los casos particulares y son costeados por la persona que solicita el servicio. Este mercado no satisface la necesidad de salud de las personas, siendo en muchos de los casos engañados o timados por pseudo profesionales de la salud en el peor de los casos y en el mejor de los casos por consultorios, policlínicos, que dicen ofrecer un buen y completo servicio y no lo hacen, o de lo contrario este servicio es muy costoso.

Tratando de cubrir la necesidad de salud nace SISOL, sistema Metropolitano de la solidaridad, fue creado mediante ordenanza municipal en su portal refiere que su misión “Brindar servicios especializados integrales de salud a la población, a precios accesibles; de manera oportuna, eficiente, eficaz y de calidad; que permitan mejorar calidad de vida de las personas.” Colocando su visión como un modelo alternativo autofinanciado de prestación de servicios de salud para el Perú y el mundo”. (METROPOLITANA, 2020)

Todos los sistemas de salud que se han mencionado anteriormente, nacen por la necesidad de la salud de la población, a pesar de ello esta necesidad no está

cubierta, como se refiere muchos los llamados pero difícil que te escuchen, o te atiendan. Uno de los principales problemas que tienen estos sistemas es que no están interconectados, cada uno obra según sus particularidades.

De ahí la necesidad de hablar de un sistema único de salud. Pero mientras esto no se dé, se tiene que buscar o atender a una población que demanda atención en salud y eso es lo que pretendemos a través de esta investigación, ser una alternativa para esta necesidad.

Los mercados de salud.

Por otro lado, en nuestro hermano país del sur, existen numerosos trabajos acerca del mercado de seguros de salud.

Estos trabajos se ocupan en resaltar las grandes diferencias existentes entre los dos sectores principales que conforman el actual mercado de seguros (sector privado y público), en lo que se refiere a sus reglas de operación, a objetivos, modos de funcionamiento y restricciones. Oyarzo (1994) resalta los defectos de los subsistemas privado (Instituciones de Salud Previsional-ISAPRES) y el público en Chile (Fondo Nacional de Salud-FONASA), señalando que “la falta de competitividad entre ellos no ha hecho más que agravar los problemas de ineficiencia que les son característicos”. (García Nuñez, 1999, págs. 11, 12)

La Oferta.

(Hoyo, 2015), refiere que “Se entiende por Oferta (O) la cantidad de un bien que las empresas productoras están dispuestas a producir en una unidad de tiempo”.

Por otro lado, el mismo autor refiere que “al igual que en la demanda, tiene una gran influencia el precio del bien que se oferta. Cuanto más alto sea éste mayor es la cantidad dispuesta a ser ofrecida; una constatación que se conoce con el nombre de ley de la oferta: la cantidad ofrecida de un bien está relacionada positivamente con su precio”.

Esta es la que normalmente se le conoce como la ley de oferta y demanda que tiene que ver una con la otra, a mayor precio, mayor será la cantidad ofertada y viceversa.

Los autores Laura Fisher y Jorge Espejo, del libro "Mercadotecnia", refieren que la *oferta* se refiere a "las cantidades de un producto que los productores están dispuestos a producir a los posibles precios del mercado".

Asimismo manifiestan que: "son las cantidades de una mercancía que los productores están dispuestos a poner en el mercado, las cuales, tienden a variar en relación directa con el movimiento del precio, esto es, si el precio baja, la oferta baja, y ésta aumenta si el precio aumenta" (Fisher & Espejo, 2004, pág. 243)

Todo lo antes mencionado se pone en práctica en lo que se trata a la Oferta de Salud, es decir los establecimientos de salud ,que los propietarios están dispuestos a poner en el mercado y están relacionados a los precios, y a la demanda de estos servicios.

El autor del libro "Principios de Economía", el señor Gregory Mankiw, en su libro manifiesta que "la oferta se define como los bienes y servicios que se ofrecen para que sean vendidos y consumidos por las personas". (Gregory Mankiw, 1997)

Es decir que el propósito de ofertar u ofrecer, guarda estrecha relación con el consumo, que está íntimamente ligado a la satisfacción de las necesidades.

El renombrado autor Phillip Kotler, considerado en el mundo como el "padre del marketing", conjuntamente con Armstrong, Cámara y Cruz, los autores del libro "Marketing", proponen esta definición de oferta para el marketing:

"Combinación de productos, servicios, información o experiencias que se ofrece en un mercado para satisfacer una necesidad o deseo."

Por lo mencionado por los autores, están considerando que la oferta no se limita exclusivamente a productos físicos, o denominados bienes, éstos también están

incluyendo a los servicios, considerados como bienes intangibles, por lo tanto, se están incluyendo también a las personas, los lugares, las organizaciones, la atención, el servicio, etc.

Se puede apreciar también que dentro de la definición de oferta contiene las siguientes partes:

✓ *La existencia de vendedores:* Se refiere a la existencia de individuos, empresas u organizaciones que tienen un producto o servicio a la venta.

En el estudio que se realiza se trataría de las entidades, instituciones y profesionales independientes de la salud.

✓ *La cantidad de un producto:* Es el número de unidades de un producto y/o servicio que los vendedores están dispuestos a vender a un precio determinado.

Cuando hablamos de cantidad está íntimamente relacionado a la cantidad de profesionales y centros de salud que se encuentran en la zona.

✓ *La disposición para vender:* Se refiere a aquello que los vendedores "quieren" vender a un determinado precio y en un determinado periodo de tiempo.

Definitivamente como se ha mencionado anteriormente el precio es un factor muy sensible para disponerse a vender.

✓ *La capacidad de vender:* Se refiere a la cantidad de productos y/o servicios que los vendedores "pueden" proveer al mercado, a un precio determinado y en un periodo de tiempo determinado.

En el presente trabajo está relacionado a los servicios de salud a ofrecer.

✓ *El puesto en el mercado:* Se refiere a un determinado lugar, que puede ser físico (como un supermercado) o virtual (como una tienda virtual en internet), en el que se pondrá a la venta los productos o servicios.

Es similar a la existencia de vendedores, pero en este caso exclusivamente se refiere a la plaza física, es decir al local.

✓ *El precio determinado:* Es la expresión de valor expresado, por lo general, en términos monetarios que tienen los bienes y servicios que los vendedores ponen a la venta.

El precio que en el mix de marketing se refiere a la cantidad de dinero a pagar por los servicios prestados.

✓ *El periodo de tiempo*: Se refiere a un ciclo establecido (años, meses, semanas o días) en el que el producto o servicio estará disponible para la venta, a un precio determinado.

El tiempo es considerado el recurso más escaso y por el que muchas personas miden la calidad de servicio.

✓ *Las necesidades y deseos*: La necesidad humana es el estado en el que se siente la privación de algunos factores básicos (alimento, vestido, abrigo, seguridad, sentido de pertenencia, estimación). En cambio, los deseos consisten en anhelar los satisfactores específicos para éstas necesidades profundas. (Kotler, Armstrong , Camara, Cruz , & Hall, 2004, pág. 7)

La necesidad es percepción de carencia de algo y el deseo es la manifestación de la necesidad como un anhelo, por ejemplo, tengo sed, y deseo una gaseosa.

Por otro lado, la oferta de servicios de salud también está constituida por los recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento, insumos, recursos financieros, entre otros.

Equilibrio entre oferta y demanda de servicios de salud.

“Organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de las prestaciones de salud, que son muy diversas y variadas. Los criterios para la existencia, crecimiento y/o desarrollo de la oferta surgen o deben surgir de la demanda y deben satisfacerla en términos cuantitativos y cualitativos, lo cual es el compromiso fundamental de los sistemas de salud a nivel operativo y gerencial”. (MINSA, Aspectos teorico conceptuales para la organizacion de la oferta de servicios de salud, 2002)

Lo manifestado líneas arriba por el MINSA, se puede inferir que nuestro sistema de salud puede satisfacer la demanda de atenciones de salud, con una oferta pública, y privada, y que el rol del estado peruano es el de promotor de la existencia de todas las modalidades posibles.

Dentro de la oferta de salud, la inversión viene a ser una parte importante de los niveles de oferta de servicios de salud de un país.

Inversión

(Madueño Davila & Sanabria Montañez, 2003) Manifiestan que: “en una economía como la nuestra en donde el principal prestador de servicios es el sector público, los criterios de inversión no son necesariamente establecidos por criterios técnicos; por el contrario, existe alto riesgo que las decisiones de inversión estén:

- (a) influidas por factores políticos,
- (b) determinadas a partir de análisis de niveles históricos y
- (c) limitadas por restricciones fiscales.

Pudiendo generar asignaciones poco eficientes de los recursos y/o poco articuladas con las necesidades de salud de la población”.

Todo esto lo podemos ver en las noticias de todos los días en el cual lo político esta sobre lo técnico que es lamentable y como resultado podemos ver hoy en día como nuestro sistema de salud es precario.

El sistema de salud en el Perú se caracteriza por ser segmentado y fragmentado, identificándose tres subsistemas: el privado, el de la seguridad social y el público. El primer subsistema, se orienta a la medicina curativa y se diferencia por su mayor grado tecnológico y por ofrecer servicios de mejor calidad. En este sentido, su mercado objetivo lo constituyen exclusivamente los estratos medio-altos de la población urbana (35% de la población total). (Madueño Davila & Sanabria Montañez, 2003, págs. 7, 9)

Es por estos motivos que se sustenta el presente trabajo como una alternativa viable para estos segmentos que no son bien atendidos.

En la variable de oferta de salud, la herramienta que se utilizó es el Marketing Mix, por lo que a continuación se presentan una serie de conceptos al respecto.

Definiendo el Marketing Mix.

(Ortiz Velasquez, Gonzales Ortiz, & Giraldo Oliveros, 2015, pág. 187) Refieren a Los autores Lamb, Hair y McDaniel (2011), quienes manifiestan que “la Mezcla de Marketing, o Marketing Mix, es la combinación única de estrategias de producto, plaza (distribución), promoción y fijación de precios (conocida a menudo como las cuatro P), diseñada para producir intercambios mutuamente satisfactorios con un mercado meta”.

En el marketing la mezcla de las variables se va a dar dependiendo del tipo de bien o de servicio, en el presente trabajo es principalmente un servicio.

Se detalla en las siguientes líneas los conceptos de cada una de las variables de este mix de marketing.

El producto

“Las sociedades de todo el mundo satisfacen los deseos y necesidades a través de productos. Normalmente el término producto nos sugiere un bien físico, tal como un automóvil, un televisor o una cámara de fotos. Sin embargo, hoy en día son pocos los productos que no vienen acompañados de ciertos elementos auxiliares como servicios adicionales, información, experiencias, etc.” (Monferrer Tirado, 2013, pág. 98)

La propuesta del presente trabajo de investigación es un producto, que por sus características es un producto intangible, por lo que se le considera como un servicio. Este concepto refiere que este servicio vaya más allá de recibir algo lo que propone esta investigación es que este servicio de salud a los bodegueros, surja como una experiencia que cubra más haya de sus expectativas y que continúen necesitándolo.

Los Servicios.

Tal como podemos ver, los autores. (Mesa Holguin, 2012, pág. 264) Manifiestan que “Los servicios se consideran una forma de producto” Kotler y Armstrong (2003). “Consisten en actividades o beneficios ofrecidos en venta, básicamente intangibles y no tienen como resultado la obtención de la propiedad de algo.

Los servicios traen asociado elementos tangibles, marca, símbolo, logotipo, colores corporativos y diseños especiales que los diferencian de otros servicios de la misma categoría; igualmente, satisfacen necesidades a personas u organizaciones en procesos de intercambio”

Muchas veces se refieren a los servicios como algo aparte de un producto, pero realmente el servicio es un bien intangible, que el servicio de salud de los bodegueros sea reconocido y como tal ellos se sientan orgullosos de pertenecer a este sistema diseñado especialmente para ellos y que los identifica.

El Precio.

Una de las variables, y la más sensible de todas, viene a ser el precio, más aún en un tema de relevancia social como lo es esta investigación.

“Todos los productos tienen un precio, del mismo modo que tienen un valor. Las empresas que comercializan sus productos les fijan unos precios como representación del valor de transacción para intercambiarlos en el mercado, de forma que les permitan recuperar los costes en los que han incurrido y obtener cierto excedente.

En el sentido más estricto, el precio es la cantidad de dinero que se cobra por un producto o por un servicio, o la suma de todos los valores que los consumidores intercambian por el beneficio de poseer o utilizar productos”. (Monferrer Tirado, 2013, pág. 118)

Efectivamente todo tipo de producto debe de tener un precio, más aún si se trata de un servicio tan importante como lo es la salud, para con los ingresos poder atender mejor a las necesidades a través de cubrir sus costos de funcionamiento.

Lo que se trata es que en este servicio de salud el bodeguero reciba a cambio de su dinero un sistema de salud que lo satisfaga en su totalidad.

La teoría económica del precio

Vamos a ver que, desde el punto de vista de la ciencia económica, tenemos una serie de análisis realizado por diversas escuelas, que a continuación se detallan:

“Los primeros aportes inician con Adam Smith (1723-1790), a quien se considera el primer economista, en cuyo libro *La riqueza de la naciones*, su planteamiento más importante consistió en demostrar que los precios actúan como una “mano invisible” que orienta los recursos hacia aquellas actividades con mayor valor”. El señor Adam Smith al cual no solo se le conoce como el primer economista, sino que también se le dice el padre de la Economía y que se hizo famoso por su frase “mano invisible”, la cual no deja de ser verdad en lo que respecta a como el mercado se auto-regula.

Posteriormente otro personaje llamado David Ricardo (1772-1823):

(Cadena Lozano, La teoría económica y financiera del precio: dos enfoques complementarios, 2011, págs. 63, 64). Refiere a David Ricardo otro economista que “El costo del trabajo y de los otros insumos tendería a aumentar en la medida en que se incrementara la producción de un determinado bien, es decir, existía el fenómeno de los costos crecientes, más conocido como la ley de los rendimientos decrecientes”.

Por otro lado, Ricardo también postuló la idea de que los precios relativos de los bienes necesarios para sobrevivir aumentarían como resultado de la existencia de rendimientos decrecientes. Esta famosa teoría tiene mucho que ver con la relación directamente proporcional que tienen los precios con la escasez o la abundancia de un bien o servicio.

Otras definiciones del Precio.

(Kotler, Dirección de marketing conceptos esenciales, 2002, pág. 215). Kotler menciona “Todas las organizaciones con fines de lucro y muchas sin fines de lucro ponen *precio* a sus productos o servicios. Se puede llamar al *precio*: renta (por un apartamento), colegiatura (por educación), pasaje (por un viaje) o intereses (por dinero prestado), pero el concepto es el mismo”.

Es así que el precio, como bien se menciona, toma diversos nombres para poder identificarlo más adecuadamente, por ejemplo en educación se le conoce como pensión o matrícula, en los seguros se le conoce como prima, en el sector salud como tarifa de las atenciones de salud a la cual se hace referencia como una variable del presente trabajo de investigación.

Los autores Kerin, Berkowitz, Hartley y Rudelius, desde el punto de vista del marketing, manifiestan que “El precio es el dinero u otras consideraciones (incluyendo otros bienes y servicios) que se intercambian por la propiedad o uso de un bien o servicio”. (Kerin, Berkowitz, Hartley, & Rudelius, 2004, pág. 385)

Hacen referencia al principio del precio como intercambio de una cosa por otra, y no solo por el comprarlo, también por el uso o alquiler de los bienes o servicios.

Para Stanton, Etzel y Walker “el **precio** es la cantidad de dinero u otros elementos de utilidad que se necesitan para adquirir un producto”. (Stanton, Etzel, & Walker, 2004, pág. 353)

Es decir que la cantidad de dinero, llámese soles, dólares, euros, o cualquier otro tipo de moneda que simbolice valor pecuniario.

Para Lamb, Hair y McDaniel, manifiestan que: “El precio es aquello que es entregado a cambio para adquirir un bien o servicio. También puede ser el tiempo perdido mientras se espera para adquirirlos”. (Lamb, Hair, & Mc Daniel, 2006, pág. 586)

Con este concepto podemos afirmar que todo tiene un precio o valor, entre ellos el más escaso el tiempo.

Según los autores Dwyer y Tanner, un **precio** es el dinero que paga un comprador a un vendedor por un producto o servicio particular. (Dwyer & Tanner, 2007, pág. 401)

Este concepto a mi entender es muy limitado, ya que perciben al precio desde el punto de vista de cantidad-

“La variable precio se define como el coste que percibe el consumidor necesario para adquirir los productos que le ofrece el mercado y el mismo desea. En el valor monetario del comprador no sólo se incluye el precio sino también otro tipo de costes tales como el coste de oportunidad de ir a la tienda a comprar el producto en lugar de invertir ese tiempo en otras cosas (ocio, etc.), los costes de desplazamiento (gasolina, aparcamiento, etc.) y otros costes adicionales como pueden ser las bolsas, etc”.(Baena Gracia, 2010).

Baena Gracia en este postulado manifiesta algo adicional al simple concepto de precio, en donde pone en el tapete un nuevo concepto a tomar en cuenta al proponer un precio, éste es el costo de oportunidad, y que en muchos casos y oportunidades algunos centros o profesionales de la salud que abusan con sus tarifas, sabemos que cuando un familiar está enfermo hacemos hasta lo indecible para que se alivie, eso es aprovechado por gente y profesionales inescrupulosos

La variable Plaza o Distribución.

En el trabajo de investigación, la ubicación viene a ser un aspecto muy importante debido a que se toma en cuenta la zona de referencia por lo que se conoce también como conveniencia.

(Monferrer Tirado, 2013, pág. 132) “La distribución como herramienta del marketing recoge la función que relaciona la producción con el consumo. Es decir, poner el producto a disposición del consumidor final o del comprador

industrial en la cantidad demandada, en el momento en el que lo necesite y en el lugar donde desea adquirirlo”

La variable plaza considerada hoy por hoy una de las que más ha evolucionado se ha convertido realmente en la conveniencia de poner los bienes y servicios en donde realmente es más conveniente principalmente para el o los clientes.

La Promoción o también denominada Publicidad o Comunicación.

La promoción, la variable que por excelencia siempre se le ha tomado como si fuese el concepto de Marketing o de “hacer marketing”, o “marketear”, es mucho más que eso, lo veremos a continuación.

“Como instrumento de marketing, la comunicación tendrá como objeto informar acerca de la existencia del producto dando a conocer sus características, ventajas y necesidades que satisface. Al mismo tiempo, la comunicación deberá actuar tanto sobre los clientes actuales, recordando la existencia del producto y sus ventajas a fin de evitar que los usuarios habituales sean tentados por la competencia y adquieran otras marcas, como sobre los clientes potenciales, persuadiéndolos para provocar un estímulo positivo que los lleve a probarlo”. (Monferrer Tirado, 2013, pág. 152)

Realmente informar y comunicar eficiente y efectivamente, es la principal función de esta importante variable del marketing mix.

“A pesar de que la publicidad en televisión, impresa o en línea ha dominado tradicionalmente el ámbito de la promoción, los móviles suponen en la actualidad más de la mitad del tráfico de búsqueda en, al menos, diez países, entre los que se encuentran Estados Unidos y Japón, y superan el 50 % del tráfico de comercio en línea, por lo que representan una gran oportunidad que pueden explotar los comercializadores”. (Toro & Villanueva, 2017, pág. 438)

Dentro de las propuestas del presente trabajo está el utilizar la tecnología porque se ha convertido en una herramienta sumamente indispensable hoy en día, no se

puede concebir realizar publicidad solo por la televisión o la radio, que por otro lado son medios sumamente costosos.

Dentro del marketing mix, no solo se toma como variables las clásicas 4ps, en vista que por tratarse de un servicio, se están tomando las 3p adicionales, las cuales se mencionan a continuación.

Personas

El Personal o personas, con el que se cuenta debidamente capacitado para darles la información y atención que necesitan.

(Khan, 2014) Refiere a Muala & Qurneh (2012) “que este factor se refiere a los empleados del servicio que producen y entregan el servicio. Desde hace mucho tiempo es un hecho que muchos servicios implican interacciones personales entre los clientes y los empleados del sitio, y estos tienen una gran influencia en la percepción del cliente sobre la calidad del servicio. El personal es clave para la prestación del servicio a los clientes”.

Hoy en día inclusive dentro de todo lo relacionado al marketing de servicios, se toma como referencia a esta p de personal, porque es el eje en donde gira la buena atención de manera eficiente y efectiva, que por otro lado puede hacer que las empresas realmente se lleguen a diferenciar de su competencia.

Physical Evidence

Se le toma como otra “P”, del mix de marketing por su origen del idioma inglés, la cual significa Evidencia física, que como se puede apreciar los autores refieren lo siguiente.

Muala & Qurneh (2012) “este factor se refiere al entorno en el que se entrega el servicio y cualquier bien tangible que facilite la ejecución y comunicación del servicio. Esto tiene una gran importancia porque el cliente normalmente juzga la calidad del servicio prestado a través de la evidencia física. Además, este factor

también se refiere al entorno en el que se encuentra la producción de los servicios”.(Khan, 2014)

Efectivamente cuando se trata de esta variable toda evidencia física como lo son los locales, los instrumentos, la maquinaria, el equipo, los servidores, computadoras, etc., son lo que respalda el poder producir los bienes y servicios.

Procesos

La P de procesos, es decir todos y cada uno de los pasos a seguir para implementar las acciones a seguir dentro de la propuesta del programa de salud.

Los autores Muala y Qurneh (2012) afirmaron que “El proceso se define generalmente como la implementación de una acción y función que aumenta el valor de los productos con bajo costo y alta ventaja para el cliente y es más importante para el servicio que para los bienes. El ritmo del proceso, así como la habilidad de los proveedores de servicios, se revelan claramente al cliente y constituyen la base de su satisfacción con la compra”.(Khan, 2014).

Los procesos como bien refiere el autor tienen que ver con todos y cada uno de los pasos a seguir para poder ofrecer el servicio, las actividades que se tienen que seguir, paso a paso para poder lograr la satisfacción de la necesidad o deseo.

Un concepto que siempre se debe de tomar en consideración es la Seguridad, que está ligada siempre a las necesidades básicas del ser humano que deben de una u otra forma estar cubierta.

La Seguridad

Todos nosotros sabemos que nuestro sistema de salud se ha visto incapaz de brindarnos una seguridad en lo que respecta a la salud, el acceso a los servicios de este sector ha colapsado en ese sentido, Pérez Castro y Vásquez, JA refieren que: “La seguridad humana en salud se evidencia a través de dos indicadores relacionados entre sí:

- a. Accesibilidad. Proporción de población con acceso a servicios públicos de salud.
- b. Aseguramiento en salud. Proporción de población con algún mecanismo público o privado que asegure su atención médica”. (Perez Castro y Vasquez, 2013)

Lo manifestado líneas arriba por los autores guarda mucha coherencia con la propuesta del presente trabajo de investigación la accesibilidad, la cual deja mucho que desear, por la oferta escasa y cara, y por otro lado el aseguramiento, que en nuestra realidad los más pobres no tienen en su gran mayoría.

Plan.

Tomando en cuenta que el presente trabajo es un programa de salud privado, vemos que: “Cuando encaramos cualquier proyecto en la vida, de negocios o personal, todos tenemos un plan. Puede ser consciente o inconsciente, verbal o escrito. Todos tenemos una idea de los pasos necesarios para conseguir un objetivo, los costos y beneficios asociados, los riesgos, la posibilidad de éxito y de fracaso. En los negocios es ampliamente conveniente un plan por escrito”. (Droznes , 2005)

El programa o plan viene a ser de una u otra forma, la hoja de ruta a seguir, y preferentemente se tiene que hacer por escrito para poder seguirlo.

Programa.

Por otro lado como refiere Rojas en las siguientes líneas:

“Que la teoría del programa explica de qué forma las acciones del programa producirán los resultados deseados en la población meta. Rossi et al. (1999) la define más específicamente como el conjunto de supuestos sobre la forma en que el programa (o proyecto) provoca los beneficios que se espera que produzca, incluyendo las estrategias y tácticas que ha adoptado para lograr sus metas y objetivos. (Rojas , 2004, pág. 7)

Todo plan debe de tener estrategia y dentro de ello las tácticas o actividades a seguir, las cuales deben de ser cuantificables y lo más realista posible para poder alcanzar lo que se ha propuesto.

A continuación, tenemos lo referente a las Redes de Salud.

Las Redes de Salud

La OPS, manifiesta en estas líneas “La mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales: i) sistemas que integran solamente personal de salud; ii) sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud; y iii) sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la salud “.

“También pueden haber redes locales (ej. Redes de servicios municipales), redes regionales (ej. redes de servicios provinciales) y redes de servicios nacionales (ej. redes de referencia nacionales)”. (salud O. p., 2010, pág. 31)

Lo mencionado por el documento de la referencia de la OPS, hace mención justamente a la propuesta del presente trabajo de investigación, en donde entra a tallar otro tipo de atención y que se integra a la red de salud existente.

A continuación, veremos lo referente a las Atenciones de Salud, en donde podemos encontrar una serie de conceptos al respecto.

Atenciones de Salud.

Federico Tovar respecto a las atenciones de salud afirma que “Se denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población”.

Pero en la teoría sanitaria o Teoría de la Salud Pública la expresión que se utiliza para hacer referencia a las decisiones relativas a la organización de la atención sanitaria es “modelo de atención” o “modelo asistencial”. (Tovar , 2013, pág. 135)

Lo mencionado por Tovar líneas arriba nos hace ver que las denominaciones de una u otra forma pueden variar, pero la atención o asistencia de la salud tiene una serie de procesos y tecnología para poder cumplir su función.

(Cañoli & Manuel, 2013) refiere que en las clínicas se “atienden a una a una variedad y tipos de pacientes. Algunos de ellos vienen con cierta frecuencia y otros cuando tienen alguna urgencia. Los pacientes que vienen a la clínica y son atendidos son clientes particulares o clientes afiliados al seguro propio de la propia clínica”

Los autores de la referencia hacen ver que los clientes que se atienden en las clínicas son particulares o afiliados al seguro de la misma, es decir, cuentan con medios para atenderse en una clínica privada.

Dentro de las definiciones o conceptos de las Atenciones de salud, tenemos otros muy relacionados con el presente trabajo como lo son las Atenciones Primarias de Salud (APS).

Y por último, según los autores Rosas, Zarate y Cuba, afirman que “La Atención Primaria es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema. Su implementación exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención” (Rosas Prieto, Zarate, & Cuba Fuentes, 2013)

En esta parte se hace hincapié en prestar atención en la equidad, justicia, acceso y sostenibilidad.

Esta investigación considera la implementación de un aplicativo, tomando como herramienta las denominadas TICs, para lo cual se tiene una serie de conceptos que a continuación se detallan:

Las TICs.

Según refiere el autor, “constituyen un conjunto de aplicaciones, sistemas, herramientas, técnicas y metodologías asociadas a la digitalización de señales analógicas, sonidos, textos e imágenes, manejables en tiempo real”. (Gil, 2002)

Sin embargo Juan Cristóbal Cobo, manifiesta que: "Las TIC se definen colectivamente como innovaciones en microelectrónica, computación (hardware y software), telecomunicaciones y optoelectrónica microprocesadores, semiconductores, fibra óptica que permiten el procesamiento y acumulación de enormes cantidades de información, además de una rápida distribución de la información a través de redes de comunicación”.(Gil, 2002)

Los expertos con sus definiciones no hacen más que destacar que hoy en día las organizaciones y las personas tienen que aprender a aprovechar las oportunidades que brindan las TICs, y por otro lado la internet es el elemento que tiene el poder de integrarlas, y que todos los dispositivos puedan comunicarse entre sí creando toda una red, en la cual todos o casi todos en el mundo estamos inmersos.

Cavero y Llorente (2015), manifiestan que: “Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) conllevan transformaciones y reestructuraciones que dan lugar a creación e intercambio del conocimiento así como nuevas formas de adquirir, abordar y organizar el proceso de formación”. (Cavero Almenara & Llorente Cejudo, 2015, págs. 186, 193)

Una gran verdad que desde hace varios años ya se toma como un referente el hecho de poder intercambiar conocimiento y no solo comunicarse.

En lo que respecta a los aplicativos móviles, también llamados apps, tenemos los siguientes conceptos:

Las APS.

Los autores nos proporcionan las siguientes afirmaciones históricas:

“Las aplicaciones, también llamados aplicativos y más conocidos actualmente como apps, están presentes en los teléfonos desde hace tiempo; de hecho, ya estaban incluidas en los sistemas operativos de Nokia o Blackberry años atrás” así mismo refiere que “Los móviles de esa época, contaban con pantallas reducidas y muchas veces no táctiles, y son los que ahora llamamos feature phones, en contraposición a los smartphones, más actuales. En esencia, una aplicación no deja de ser un software”. (Cuello & Vittone, 2013)

En conclusión, lo que podemos ver es que las apps, en primer lugar, que ya tienen más tiempo de lo que nosotros creemos y por otro lado las apps, es decir las aplicaciones, son para los celulares lo que los programas informáticos son para las computadoras o también conocidas como pc.

Concepto de APP.

“Se entiende por apps aquellas aplicaciones de software que funcionan en teléfonos móviles, tabletas o computadoras y que son distribuidos a través de servicios o tiendas como la “iTunes store “(Para iPhone y iPad), “Google play” (para Android); estas pueden ser generadas por desarrolladores de tecnologías móviles o por individuos u organizaciones. Sin embargo, no existe consenso en relación con la terminología para describirlas; artículos recientes proponen utilizar el término “app” para referirse a aplicaciones específicas para teléfonos móviles”. (Santamaria Puerto & Hernandez Rincon, 2015, pág. 600)

Efectivamente toda aquella aplicación diseñada para los teléfonos celulares se les denomina app, pero debemos de tener presente que siempre en el argot criollo, es decir, la jerga o la costumbre en el decir de muchos países, es lo que al final se toma como formal.

“En el contexto del marketing móvil, las apps pueden funcionar de dos maneras: como un producto y/o servicio que aporta valor al usuario, o bien como una campaña de marketing en sí misma”. (Montiel Vallvé, 2017)

Efectivamente ya no solo se toman como un producto en sí, también se toma como un servicio, es decir la parte que conlleva a lo relacionado con actividades que se complementan con el uso de un determinado aplicativo.

“Una aplicación que ofrece algún tipo de utilidad ya es una forma de marketing móvil por el simple hecho de establecer entre el usuario y la marca una comunicación con un objetivo concreto. Las aplicaciones que utilizamos a diario, aparte de ofrecernos un valor específico, también son canales que las empresas aprovechan para ejecutar sus estrategias de marketing, adaptándolas a las posibilidades de la aplicación y personalizándolas según el usuario”.(Montiel Vallvé, 2017)

En esta otra parte ya no solo se toma la app como un servicio, sino también como una poderosa herramienta del marketing, principalmente en lo que respecta a las variables plaza y promoción.

“Las aplicaciones móviles pueden ayudar a solventar los problemas de tipo particular o general de la sociedad, debido a sus características de movilidad y ubicuidad” (Gasca Mantilla, Camargo Ariza, & Medina Delgado, 2014, págs. 33-35)

Es totalmente acertado lo que manifiestan los autores porque la sociedad hoy en día es más consciente y exigente en lo que respecta a la satisfacción de sus necesidades y deseos.

Sitio web.

Toro y Villanueva (2017), manifiestan que: “Un sitio web móvil es una web que ha sido diseñada específicamente para ser vista en dispositivos móviles, como un

teléfono inteligente o una tableta. Un buen sitio móvil debe tener en cuenta las características y especificaciones de los dispositivos móviles para ser compatible”. En ese mismo contexto refiere que “Este tipo de webs se adaptan o ajustan el tamaño de sus contenidos o formato dependiendo del dispositivo a través del cual se está navegando (es decir, ordenador, tableta, teléfono inteligente, etc.”.(Toro & Villanueva, 2017)

Los sitios web móviles no son otra forma de decir de las apps, nos damos cuenta de la amplia gama de criterios, definiciones y por otro lado la compatibilidad que cada vez se da en todo lo que son aparatos electrónicos adaptados de una u otra forma con la conectividad que nos dan las apps.

Javier Cuello y José Vittone mencionan a : “Las aplicaciones comparten la pantalla del teléfono con las webs móviles, pero mientras las primeras tienen que ser descargadas e instaladas antes de usar, a una web puede accederse simplemente usando Internet y un navegador”. (Cuello & Vittone, 2013, págs. 15, 16)

Entonces podemos inferir que una aplicación y una web no son competencia entre si, es más, se pueden complementar entre sí, porque muchas veces para descargar un app, lo hacemos a través de una web.

El avance en las telecomunicaciones ha mostrado un crecimiento explosivo en las últimas décadas, no hemos visto nunca como ahora, que el acceso a la información había sido tan fluido ni tan libre para la mayoría del público.

Los autores de la referencia manifiestan que: “El término internet, poco conocido y exclusivo de la industria de las computadoras hasta finales de la década de 1980, se ha convertido en parte del lenguaje cotidiano mundial. También hacen hincapié en “las redes de comunicación y el flujo de información han facilitado la expansión del intercambio global de bienes y servicios entre empresas ubicadas en lugares distantes entre sí”. (Ramirez Padilla, 2008, pág. 7)

La tecnología de la información que ahora es móvil hoy en día hace posible tener una accesibilidad inimaginable, lo que ha traído como resultado que cada vez haya más y más personas con más conciencia de lo que desean y por ende más exigentes con sus proveedores.

A continuación, tenemos una definición sobre lo que se conoce como dispositivo móvil:

“Un dispositivo móvil se puede definir como un aparato de pequeño tamaño, con algunas capacidades de procesamiento, con conexión permanente o intermitente a una red, con memoria limitada, que ha sido diseñado específicamente para una función, pero que puede llevar a cabo otras funciones más generales”. (Alonso, Artime, Rodríguez, & Baniello, 2011, pág. 12)

Por lo expuesto líneas arriba se debe de tomar en consideración que un dispositivo móvil no solo es un celular, también lo son las tablets, los navegadores GPS, los reproductores de audio, etc., es decir todo aquel aparato que tiene conexión a internet.

Respecto a la siguiente afirmación: “La universalización de los dispositivos móviles posibilita la comunicación interpersonal ubicua y la realización de actividades ligadas a los equipos informáticos que antes sólo se podían llevar a cabo en lugares y momentos dedicados específicamente a ello”. (Fombona Cadavieco, Pascual Sevillano, & Ferreyra Amador, 2012, pág. 270) con dicha afirmación podemos inferir que ahora nos podemos comunicar por estos dispositivos localmente, sino también que esta información llega a todo el mundo global, y de una ubicación prácticamente general, es decir todo lo que podemos realizar a través de los dispositivos móviles, es lo que antes creíamos imposible o solo lo veíamos en películas futuristas.

En el presente trabajo se trata la variable Tarifario por volumen de atenciones de atenciones de salud, de donde podemos tomar en cuenta lo siguiente:

Calidad de los servicios de Salud.

En el campo de la salud, uno de los profesionales que más ha contribuido a definir la calidad de los servicios de salud es Avedis Donabedian, quien define la calidad asistencial como: “La obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”. (Perez Castro & Vasquez, 2013) es decir que su postulado, precisa que la calidad del servicio que se otorga no tiene relación directa con los precios excesivos cobrados, es decir, sinónimo de calidad no es que se cobre más por un servicio.

Se presenta algunas de las concepciones acerca de la demanda y de la oferta, que se dan entre los gerentes de los organismos de salud:

1. La necesidad es igual a la demanda. Por lo tanto, si existentes necesidades insatisfechas y se ofrecen servicios para atenderlas, estas inducen automáticamente la demanda de la atención ofrecida.
2. La promoción de los servicios que se ofrecen es innecesaria cuando existen necesidades en salud que la población requiere satisfacer. El hombre, como ser racional, acudirá a los organismos de salud a utilizar la oferta.
3. La racionalidad del paciente es igual al del equipo de salud. Luego la percepción de las necesidades y la identificación de estrategias para satisfacerlas es homogénea, y
4. Los servicios de salud son productos totalmente elaborados que se entregan a los pacientes para su consumo. (Uninorte, 1990, pág. 86)

Todo lo manifestado líneas arriba tiene que ver con la ley de oferta y demanda, pero aplicada a este producto que es la salud, que siendo un servicio tan necesario no deja de ser comercial, en vista que se trata de un producto intangible, denominado servicio, y éste es sumamente valorado y necesitado por la población de todo tipo de condición.

El autor Hoyo Aparicio manifiesta que “Se entiende por Demanda (D) la cantidad de un bien que los consumidores están dispuestos a adquirir en una unidad de tiempo.” Al respecto sigue refiriéndose que “La demanda de un bien depende, en primer lugar, de su precio. Y en función de esta dependencia entre cantidad demandada de un bien y el precio de ese bien es fácil percibir una correlación inversa o decreciente: cuando el precio desciende, la demanda aumenta, y cuando el precio aumenta, la demanda desciende; es decir, la cantidad demandada de un bien se mueve en sentido inverso al de su precio. Esta particular relación entre precio y cantidad es tan general que los economistas la han llamado Ley de la demanda”. (Hoyo, 2015) Como podemos apreciar la relación precio-oferta-demanda, es directamente proporcional, por uno u otro sentido.

la relación precio-oferta- demanda, es directamente proporcional, por uno u otro sentido.

En lo referente a la oferta de salud, la contraparte que de una u otra forma complementa a ésta es la demanda por lo que se toman como referencia lo siguiente: El MINSA, la institución del estado referente a salud manifiesta que “La demanda por servicios de salud es la cantidad de atención médica requerida por una población a uno o más prestadores en un periodo de tiempo; está referida a los servicios y resulta de la voluntad de las personas para ir adonde se brindan las atenciones, para esperar o para pagar por ellas.

Desde la perspectiva económica, las familias determinan su demanda por salud combinando dinámicamente sus recursos, conocimientos y patrones de comportamiento con la tecnología, los servicios y la información disponible en el conjunto de los prestadores con el propósito de maximizar la salud de sus miembros”. (MINSA, Aspectos teórico conceptuales para la organización de la oferta de servicios de salud, 2002) concretamente que las personas que necesitan cubrir necesidades de salud lo hacen voluntariamente y en función de sus recursos y disponibilidad.

Financiamiento e Incentivos

Cuando se habla de las atenciones de salud es necesario tomar en cuenta que: “Un buen sistema de financiamiento de la atención de salud es aquél que se lleva a cabo de manera más equitativa, que incentiva a los prestadores a la entrega de servicios de manera eficiente y con calidad. Todas las formas de pago presentan, puntos fuertes y débiles.

Por ejemplo, el pago por capitación, es fuerte en el incentivo de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades y en la contención de costos, pero puede inducir a los prestadores a no ofrecer determinados servicios necesarios; por otro lado, el pago por unidad de servicios o por procedimientos incentiva una prestación excesiva de servicios”. (Mendez, 2013, pág. 18)

El autor cuando hace referencia al término capitación, es al impuesto por persona, independiente de su renta o sus propiedades, por otro lado, si hay un aumento en los recursos debe ir de la mano de cambios con los objetivos sanitarios.

David Ramírez cita en su libro que: No debemos olvidar que en la determinación del precio de un servicio se deben considerar diversos aspectos, como:

- Nicho de mercado al que va enfocado el servicio.
- Disponibilidad de servicios sustitutos.
- Precio ofrecido por la competencia (benchmarking).
- Frecuencia de compra del servicio. Cuanto más se consume un servicio, más sensible al precio es el volumen.
- Efecto presupuestal. Cuanto más bajo sea el porcentaje del ingreso que se dedica a un servicio, éste será menos sensible al precio. El precio deberá ser incrementado significativamente sin que caiga el volumen del servicio si los consumidores invierten una proporción pequeña de su ingreso en la compra de un servicio.

Condiciones económicas. Si la economía se encuentra en una época boyante, la sensibilidad del volumen ante un cambio del precio es menor. (Ramírez Padilla, 2008, pág. 545) Lo que nos hace reflexionar es que la determinación del precio a un determinado servicio, en este caso, el de salud, pero tomándolo de manera simplemente fría y no desde el punto de vista social.

Bodegas- Bodeguero

Establecerse como bodeguero, fue una de las formas que encontraron miles de personas que no tenían un empleo formal, empezaron vendiendo cosas que los vecinos necesitaban y que poco a poco surtían, para ofrecer a sus vecinos lo que estos necesitaban, entonces podemos afirmar que la bodega nace como una necesidad por ambos lados, por un lado, el bodeguero que a través de la venta de sus productos, cubría sus necesidades y por el otro el consumidor que necesitaba algo rápido que lo obtenía en la esquina, sin necesidad de hacerse un viaje al mercado.

Pero esto no quedo ahí, el bodeguero debía formalizarse, debía obtener licencias municipales, sacar RUC, (Registro Único de Contribuyente) Registro Sanitario. Esto lo hizo visible y sujeto de créditos de los bancos que le permitieron surtir y ofrecer más productos y servicios a sus clientes que acudían a su bodega. Así en un distrito podíamos ver gran cantidad de bodegas, su necesidad de organización, y de acceder a nuevas posibilidades que el mercado le podía ofrecer es que nace la sociedad de bodegueros, como un ente de reconocimiento es así que a través de esta nace la ley del bodeguero donde se reconoce el valor social de su actividad y como un micro o pequeña empresa, constituyéndose como una unidad económica básica y esencial para el desarrollo de su comunidad (distrito) y es así que con la ley se resuelve que :

“El Estado, en coordinación con el sector privado, promueve la dotación de servicios tecnológicos requeridos por los bodegueros para mejorar sus niveles de competitividad, facilitar compras conjuntas, acceder a sistemas de información de mercado, proporcionar información sobre los productos que oferta, proporcionar asesoría en la organización y diseño físico del establecimiento para hacerlo más atractivo, acogedor y confiable al consumidor, entre otros”.

Teniendo ya una entidad que los respalda como es la Asociación de Bodegueros y una ley que los ampara en dicha ley refiere que: “El Instituto Nacional de

Estadística e Informática (INEI), organismo central y rector del Sistema Estadístico Nacional, mantiene actualizado el sistema estadístico sobre los bodegueros del país, realizando para el efecto, periódicamente, las acciones necesarias, y facilitando la información disponible con plena transparencia”.

Esta estadística facilitó a la ABP el poder obtener información sobre la cantidad de bodegueros que hay en los diferentes distritos de Lima, de ahí que se tomó como referente del presente trabajo al Distrito de Los Olivos, siendo éste el que alberga la mayor cantidad de éstos en Lima Norte.

Como hecho representativo y estableciendo un reconocimiento a su labor en bien de la comunidad es que en la presente ley se “Establece el 12 de agosto de cada año como el Día del Bodeguero, (Peruano, 2018)

La Segmentación.

“La segmentación no es más que la identificación a través de diversas variables de características similares que posee un subgrupo de mercado y que la diferencia del resto”.

“Primero, porque establece un punto de partida importante en la definición de las variables de control de mercado en términos operativos (acción) enviando mensajes claros en coincidencia con los deseos de los segmentos escogidos.

Segundo, porque ayuda a determinar no solo quién es el cliente sino también quién no lo es. Esto es supremamente importante ya que permite la concentración de esfuerzos y alinea la visión empresarial (Markides, 2000)”.(Ortiz Velasquez, Gonzales Ortiz, & Giraldo Oliveros, Marketing: conceptos y aplicaciones, 2015) Es decir, identificar al grupo al cual se desea atender, por otro lado ser lo suficiente preciso en su identificación para utilizar de manera eficiente todos sus recursos.

Por otro lado la segmentación requiere de una u otra forma definir sus variables que se van a utilizar para efectivamente poder definir claramente al segmento al cual se va a atender.

Las variables de la Segmentación.

El autor Valderrey (2011, p. 12) propone la siguiente clasificación de variables: Segmentación geográfica: región, tamaño del mercado, clima, densidad de población. Segmentación demográfica: edad, género, ingresos, ciclo de vida de familia, clase social, nivel de educación.

Segmentación Psicográfica: personalidad, estilo de vida, preferencia de consumo y valores. Comportamental: ocasión de uso, frecuencia de uso, beneficios buscados y utilización del producto final. (Juarez , 2018, pág. 23)

La segmentación geográfica determina lugar, la demográfica a las personas por diversos aspectos, la psicográfica por el estilo de vida y la conductual, hace referencia a la frecuencia de uso de un producto.

2.4. Definición de términos básicos

1. **Bodegas.** - Es la pequeña tienda que se dedica al por menor de abarrotes es decir de bebidas, alimentos envasados o a granel, así como también artículo de aseo personal y limpieza para el hogar entre otros. (MDA, 2015)
2. **Empresa Familiar.** - No existe una definición única, unánime y fácilmente medible respecto a lo que constituye exactamente una empresa familiar, lo que se refleja en una gran dispersión en las definiciones utilizadas por la comunidad académica.

Sin embargo, la mayoría de los investigadores tiende a converger en torno a un conjunto de criterios asociados a la propiedad, control, el involucramiento de diferentes generaciones, y en menor medida la intención de mantener a la empresa en manos de la familia, la mayor parte de ellos conceptualizados en versiones más estrechas o amplias, tal como se visualiza en el modelo del “Bull Eye” propuesto por Astrachan & Shanker (2003). (JIMENEZ, WORKING PAPER, 2014)

3. **Informalidad empresarial.** - La informalidad es un fenómeno de múltiples dimensiones que puede asociarse con actividades de subsistencia a causa de la falta de empleo asalariado, con la descentralización productiva que transfiera parte de la carga productiva de empresas formales a unidades productivas informales más pequeñas.

Donde los costos de producción son menores o pueden evadirse, con emprendimientos en proceso de maduración que aún carecen de los elementos de formalidad y con nuevos emprendimientos en estado embrionario o incipiente. Referencia: CEPAL Y OIT (2014). Hacia un desarrollo inclusivo el caso Perú

4. **SIS.** - Sistema Integral de Salud, que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) (ALCALDE & LAZO GONZALES, 2011)

5. **Cobertura de Atención.** - En el glosario de la terminología de la atención de la salud, el concepto de cobertura se formula en los términos siguientes: “La cobertura física o geográfica es la relación entre el número de instituciones o establecimientos sanitarios por unidad administrativa y las cifras de población y extensión superficial de la unidad, es una medida de la magnitud en la que los servicios ofrecidos cubren las necesidades potenciales de salud en una comunidad. (Tentori, 2015)
6. **Afiliación.** -Afiliación es el acto y el resultado de afiliar, referencia a la acción de adherir, apuntar, anotar o sumar a un individuo a una asociación u organización, quien completa su afiliación a una entidad se convierte en afiliado. Una vez que se accede a esta condición, la persona adquiere diversos beneficios y derechos, mientras que en algunos casos también asume obligaciones. (Merino, 2017)
7. **Cobertura de Salud.** -La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población (OMS, 2014) .
8. **Cobertura de Atención de Salud.** - El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado, existe la "cobertura financiera", es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención.

En realidad, esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la "capacidad" de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

9. La cobertura también se analiza sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la "cobertura según la oferta de servicios" tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la "capacidad" de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas. (SALUD O. P., 2019)
10. **Plan de Salud.** - La idea de plan de salud es bastante reciente y tiene que ver necesariamente con el surgimiento del Estado que actúa para solucionar los problemas de la población y combatir la desigualdad. Este tipo de Estado es el conocido como Estado de Bienestar que utiliza los recursos mayormente para invertir en la población y aportarle los beneficios tales como educación, salud, etc.

Así es que surge el concepto de plan de salud como un conjunto de servicios y prestaciones médicas que se otorgan a las personas en espacios públicos tanto para aquellos que poseen un trabajo y su consecuente obra social como para aquellos desempleados que sólo puedan atenderse en lugares gratuitos.

Los planes de salud privados suelen contar con una mayor cantidad de servicios, en algunos casos, atención de mayor complejidad, un detalle, y la relativa mayor inmediatez en la atención. (MX E. D., 2016)

2.5. Fundamentos teóricos que sustentan las hipótesis

En la Figura 20 se muestra el mapa conceptual que sustenta las hipótesis

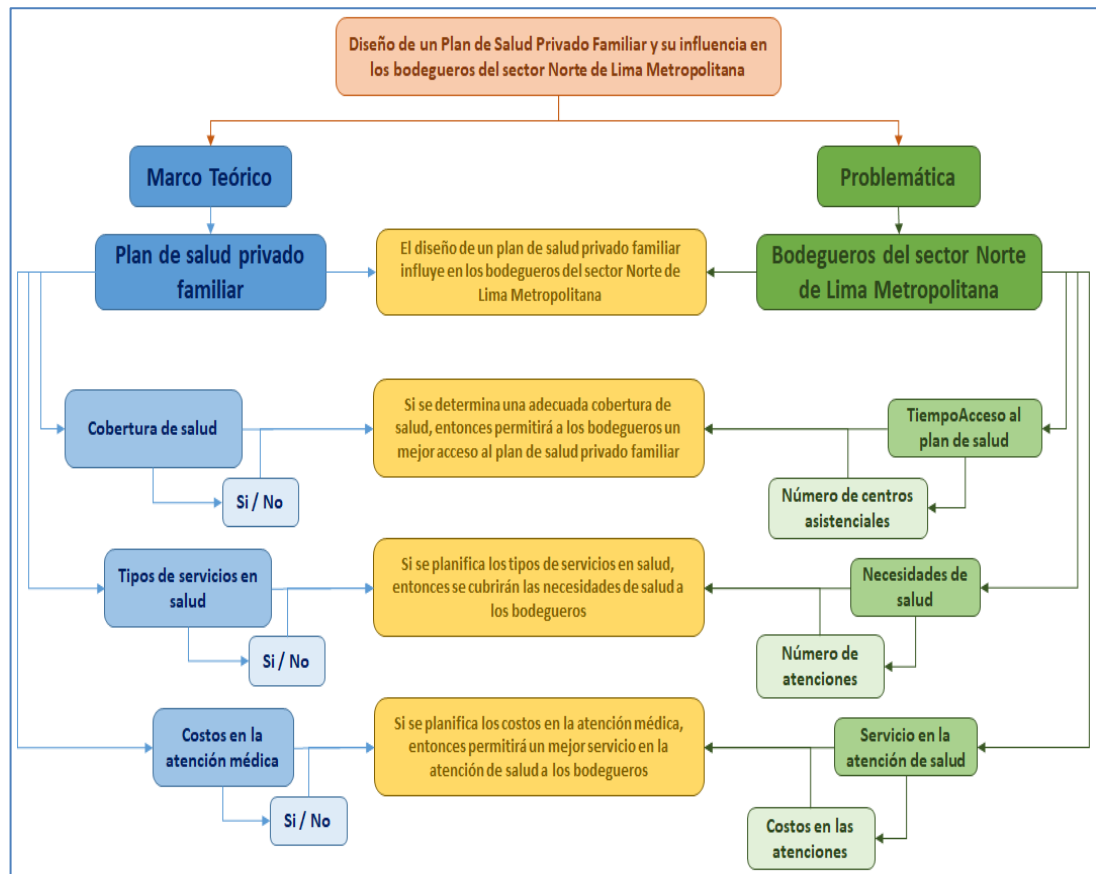


Figura 20: Mapa conceptual de la investigación. Elaboración propia.

2.6. Hipótesis

2.6.1 Hipótesis general

Si se implementa un programa de salud privado, entonces se mejora la cobertura de atención en salud de los bodegueros de Los Olivos.

2.6.2 Hipótesis específicas

- a) Si se implementa una red de salud de centros asistenciales entonces se mejora la oferta de salud.
- b) Si se implementa un aplicativo informático de citas, se incrementa las atenciones de salud.
- c) Si se implementa un tarifario por volumen de atención, se reduce el precio de atenciones de salud.

2.7. Variables

✓ Independiente

- *Programa de salud privado familiar*
- Red de centros asistenciales
- Aplicativo informático de citas
- Tarifario según volumen de atención

✓ Dependiente

- *Cobertura de Atención en Salud*
- Oferta de salud
- Atenciones de salud
- Precio de las atenciones de salud

✓ Indicadores

- Número de centros asistenciales disponibles para atenciones.
- Número de atenciones de salud por mes
- Precio promedio en soles de las atenciones en salud

✓ Matriz de Operacionalización

Las variables independientes como las variables dependientes y sus indicadores, presentadas anteriormente permitieron trasladar el marco metodológico en un plan de acción, donde se pudo determinar en detalle el método a través del cual cada una de las variables serán medidas y analizadas.

En el Anexo 4 se muestra la matriz de Operacionalización utilizada para el estudio de la investigación.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, método y diseño de la investigación

Enfoque

El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis. Este proceso se representa en la Figura 21.

El tipo de enfoque de la presente tesis es Cuantitativa, sus características son:

- Mide fenómenos, utiliza estadística, prueba hipótesis, y hace análisis causa-efecto.
- Su proceso es secuencial, deductivo, probatorio y analiza la realidad objetiva.
- En sus bondades de este enfoque se encuentran la generalización de resultados, control sobre los fenómenos, precisión, replica y predicción.
- Usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (Sampietri, 2014) Figura 21

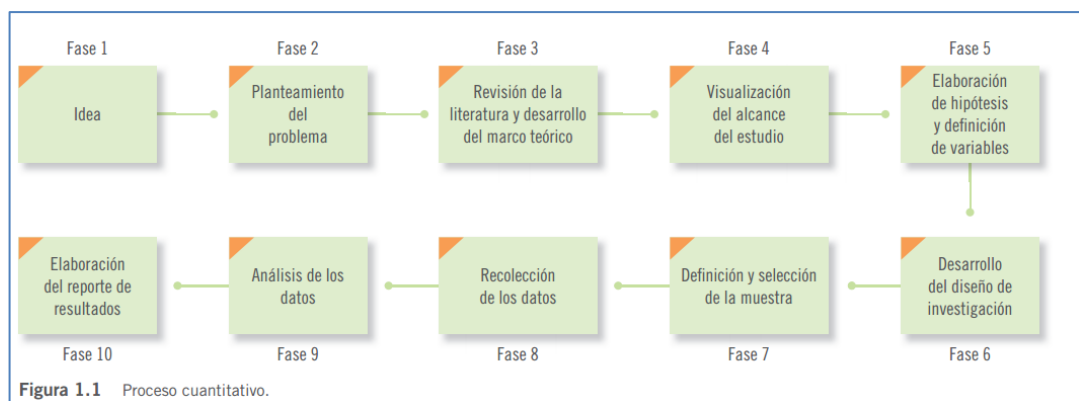


Figura 21: Enfoque de Investigación. Metodología de la Investigación (Hernández Sampieri)

✓ Tipo de la investigación

Tal como lo comenta el autor Murillo (2008), “la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación”.

Por otro lado “El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. Con el fin de ofrecer un referente comprensible de la expresión “investigación aplicada”, se exponen algunas de las ideas de Padrón (2006) al respecto, para quien la expresión se propagó durante el siglo XX para hacer referencia, en general, a aquel tipo de estudios científicos orientados a resolver problemas de la vida cotidiana o a controlar situaciones prácticas, haciendo dos

distinciones: a. La que incluye cualquier esfuerzo sistemático y socializado por resolver problemas o intervenir situaciones”. (CORDERO, 2009)

160 Revista Educación 33(1), 155-165, ISSN: 0379-7082, 2009

En ese sentido, se concibe como investigación aplicada tanto la innovación técnica, artesanal e industrial como la propiamente científica. b. La que sólo considera los estudios que explotan teorías científicas previamente validadas, para la solución de problemas prácticos y el control de situaciones de la vida cotidiana. (CORDERO, 2009)

✓ **Método de la investigación**

El método de investigación es Explicativa. Debido a que se busca descartar asociaciones aleatorias y determinar relación causa efecto entre variables dependientes e independientes.

Su objetivo es la explicación de los fenómenos y el estudio de sus relaciones para conocer su estructura y los aspectos que intervienen en la dinámica de aquellos.

Está dirigida a responder a las causas de los eventos físicos o sociales y su interés se centra en explicar por qué y en qué condiciones ocurren un fenómeno o porqué dos o más variables se relacionan. (MEZA, 2015)

✓ **Diseño de la investigación**

El diseño de la presente investigación es Cuasi Experimental, en vista de que no se han asignado los grupos de estudio al azar, por el contrario, estos fueron elegidos de manera totalmente intencional, manipulándose las variables independientes:

- Red de centros asistenciales
- Aplicativo informático de citas
- Tarifario según volumen de atención.

Para luego poder analizar los resultados que se obtienen sobre las variables dependientes:

- Oferta de salud
- Atenciones de salud
- Precio de las atenciones de salud.

Tomando en consideración el aspecto teórico del Diseño de la investigación, podemos encontrar lo siguiente:

Diseño Cuasi experimental, es una investigación que posee todos los elementos de un experimento, excepto que los sujetos no se asignan aleatoriamente a los grupos. En ausencia de aleatorización, el investigador se enfrenta con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que afectan a la variable dependiente. (Sampietri, 2014)

Por otro lado otro concepto en el cual manifiestan Cook y Campbell (1986) consideran los cuasi-experimentos como una alternativa a los experimentos de asignación aleatoria, en aquellas situaciones sociales donde se carece de pleno control experimental: Los cuasi-experimentos son como experimentos de asignación aleatoria en todos los aspectos, excepto en que no se puede presumir que los diversos grupos de tratamiento sean inicialmente equivalentes dentro de los límites del error maestro.

Asimismo de acuerdo como afirma Campbell (1988), "podemos distinguir los cuasi-experimentos de los experimentos verdaderos por la ausencia de asignación aleatoria de las unidades a los tratamientos" (p. 191).

Cook, TD y Campbell, DT (1986). Los supuestos causales de la práctica cuasi-experimental. *Synthese*, 68 (1), 141-180.

Donde: **M**: variable dependiente
 A: Aplicación de la variable independiente
 Op: Observación pre test.
 Opt: Observación post test.

- ✓ Hipótesis 1: Si se implementa una red de salud de centros asistenciales entonces se mejora la oferta de salud.

M: Ar Op Opt

En donde: **Mo:** Oferta de salud

Ar: Red de centros asistenciales

Op: pre test año 2018

Opt: post test año 2019

- ✓ Hipótesis 2: Si se implementa un aplicativo informático de citas se incrementa las atenciones de salud.

Ma: Ap Op Opt

En donde: **Ma:** Atenciones de salud.

Ap: Aplicativo informático

Op: pre test año 2018

Opt: post test año 2019

- ✓ Hipótesis 3: Si se implementa un tarifario según volumen de atención se reduce el precio de atenciones de salud.

Mp: At Op Opt

En donde: **Mp:** Precio de las atenciones de salud.

At: Tarifario según volumen de atención.

Op: pre test año 2018

Opt: post test año 2019

3.2. Población y muestra

✓ Población

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones que se denominan parámetros o criterios de inclusión o exclusión. (Sampietri, 2014).

Población es el conjunto de elementos o individuos que reúnen las características que se pretenden estudiar. Cuando se conoce el número de individuos que la componen, se habla de «población finita» y, cuando no se conoce su número, de «población infinita».

Existen tres niveles de población, según su tamaño y accesibilidad:

- La «población diana» es el conjunto de elementos o individuos al cual se pretenden inferir los resultados obtenidos; generalmente, es muy numerosa y no está al alcance de los investigadores.
- La «población accesible» es la que reúne las mismas características que la anterior, pero con menor número de individuos, y por tanto susceptible de estudio; es la que delimita el investigador con los criterios de inclusión y exclusión.
- La «población de estudio» es de la que realmente se recogen los datos; suele ser la muestra de estudio.

Gallego, C. F. (2004). Cálculo del tamaño de la muestra. *Matronas profesión*, 5(18), 5-13.

Para el estudio de la población en el presente estudio se toma como referencia la base de datos (anexo 2), de la Asociación de Bodegueros del Perú, (ABP), a los bodegueros de la zona del distrito de Los Olivos, ver Figura 22, con ventas de 1,000 a 5,000 soles al mes, ubicados en la Avenida Central, en un total de 30 bodegas, ver Figura 23



Figura 22: Mapa del distrito de Los Olivos. Google Maps

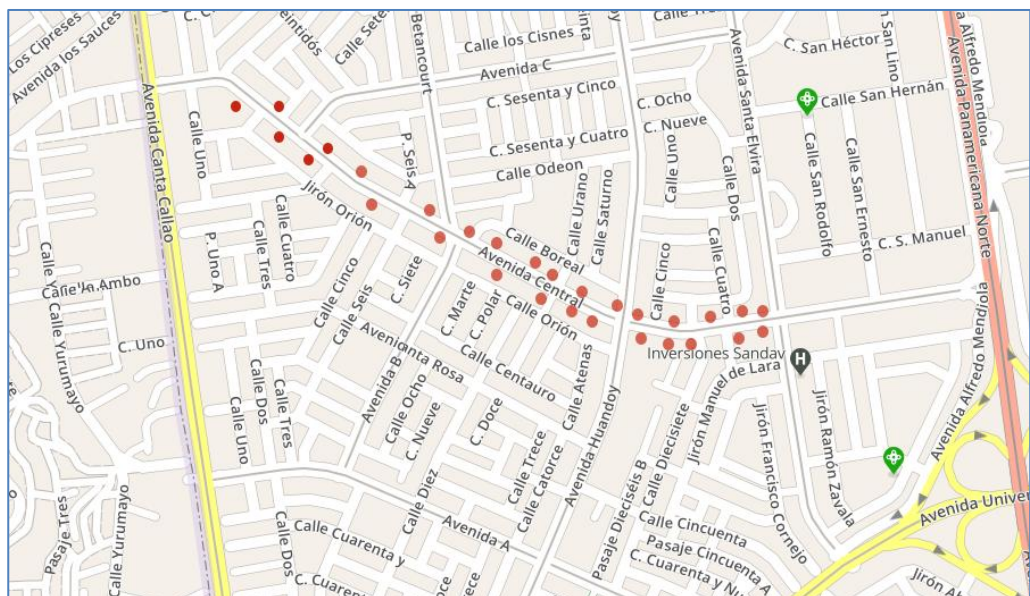


Figura 23: Bodegas en la avenida Central, distrito de Los Olivos, Lima Norte. SIGE (Sistema de información Geográfica para emprendedores INEI)

Muestra

Es el grupo de individuos que realmente se estudiarán, es un subconjunto de la población. Para que se puedan generalizar a la población los resultados obtenidos en la muestra, ésta ha de ser «representativa» de dicha población.

Para ello, se han de definir con claridad los criterios de inclusión y exclusión y, sobre todo, se han de utilizar las técnicas de muestreo apropiadas para garantizar dicha representatividad.

Gallego, C. F. (2004). Cálculo del tamaño de la muestra. *Matronas profesión*, (18), 5-13.

El presente estudio presenta características de diseño cuasi experimental, en donde se estudia la manipulación de la variable independiente sobre el resultado o el efecto que tiene en las variables dependientes dentro de una situación.

Para la Muestra en el presente estudio se toma como referencia la base de datos (anexo 2), de la Asociación de Bodegueros del Perú, (ABP), a los bodegueros de la zona del distrito de Los Olivos, con ventas de 1,000 a 5,000 soles al mes, ubicados en la Avenida Central, en un total de 30 bodegas, que coincide con la población en estudio. Ver Figura 23

✓ Primera variable: Oferta de salud – Número de centros asistenciales disponibles para atenciones.

- **Población:** La población que se tomó como referencia, de acuerdo a la base de datos de la ABP, es de 30 bodegueros comprendida entre los años 2018 y 2019.
- **Muestra:** La investigación aplica a la totalidad de la población limitada entre el año 2018-2019, es decir 30 bodegueros. Ver Figura 24

Pre Test	Post Test
30 es la cantidad de bodegueros tomados en cuenta en la base de datos de la ABP del año 2018	30 es la cantidad de bodegueros tomados en cuenta en la base de datos de la ABP del año 2019.

Figura 24. Contraste del test para la primera variable. Elaboración propia.

✓ **Segunda variable: Atenciones de salud – Número de atenciones de salud por mes.**

▪ **Población**

La población que se tomó como referencia, de acuerdo a la base de datos de la ABP, es de 30 bodegueros comprendida entre los años 2018 y 2019.

▪ **Muestra**

La investigación aplica a la totalidad de la población limitada entre el año 2018-2019, es decir 30 bodegueros. Ver Figura 25

Pre Test	Post Test
30 es la cantidad de bodegueros tomados en cuenta en la base de datos de la ABP del año 2018	30 es la cantidad de bodegueros tomados en cuenta en la base de datos de la ABP del año 2019.

Figura 25: Contraste pre test para la segunda variable. Elaboración propia.

✓ **Tercera variable: Precio de las atenciones de salud – Precio promedio en soles de las atenciones de salud.**

▪ **Población**

La población que se tomó como referencia, de acuerdo a la base de datos de la ABP, es de 30 bodegueros comprendida entre los años 2018 y 2019.

▪ **Muestra**

La investigación aplica a la totalidad de la población limitada entre el año 2018-2019, es decir 30 bodegueros. Ver Figura 26 .

Pre Test	Post Test
30 es la cantidad de bodegueros tomados en cuenta en la base de datos de la ABP del año 2018	30 es la cantidad de bodegueros tomados en cuenta en la base de datos de la ABP del año 2019.

Figura 26: Contraste de test para la tercera variable. Elaboración propia.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas e instrumentos

La Técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue a través de Análisis documental. El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el registro de contenido de documentos, la cual fue proporcionada por la Asociación de Bodegueros del Perú.

El análisis documental es una forma de investigación técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que buscan describir y representar los documentos de forma unificada sistemática para facilitar su recuperación. Comprende el procesamiento analítico- sintético que, a su vez, incluye la descripción bibliográfica y general de la fuente, la clasificación, indización, anotación, extracción, traducción y la confección de reseñas. (Dulzaides Iglesias & Molina Gomez, 2004). *Acimed*, 12(2), 1-1.

Para Peña y Pirela, el análisis documental constituye un proceso ideado por el individuo como medio para organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos, cuyo índice de producción excede sus posibilidades de lectura y captura. La acción de este proceso se centra en el análisis y síntesis de los datos plasmados en dichos soportes mediante la aplicación de lineamientos o normativas de tipo lingüístico; a través de las cuales se extrae el contenido sustantivo que puede corresponder a un término concreto o a conjuntos de ellos tomados aisladamente, o reunidos en construcciones discursivas. (Peña Vera & Pirela Morillo, 2007)

Estos datos fueron proporcionados por la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP) que cuentan con la debida autorización en el Anexo 2.

Todo esto a través de envió de emails, whatsapp, en archivos en formato excel, word y otros, así como por publicaciones en distintos medios de comunicación.

De toda esta información se procedió a seleccionar y ubicar la más relevante que tiene relación con todo lo relacionado al bodeguero de la zona de Los Olivos en la zona norte de Lima, para con su necesidad de atenciones de salud en la zona.

Criterio de validez del instrumento: En vista que se consideró la documentación utilizada para esta investigación, no se requiere validez, porque se cuenta con la autorización debidamente firmada y sellada por la institución, según el Anexo 2.

a. Técnicas de recolección de datos

- ✓ Variable dependiente 01: La Técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue a través de Análisis documental.

Estos datos fueron proporcionados por la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP) Anexo 2.

- ✓ Variable dependiente 02: La Técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue a través de Análisis documental.

Estos datos fueron proporcionados por la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP) Anexo 2.

- ✓ Variable dependiente 03: La Técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue a través de Análisis documental.

Estos datos fueron proporcionados por la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP) Anexo 2.

b. Instrumentos de recolección de datos

- ✓ Variable dependiente 01

El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el registro de contenido de documentos, la cual fue proporcionada por la Asociación de Bodegueros del Perú.

Validez del instrumento:

En vista que se consideró la documentación utilizada para esta investigación, no se requiere validez, porque se cuenta con la autorización debidamente firmada y sellada por la institución, según el Anexo 2

✓ Variable dependiente 02

El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el registro de contenido de documentos, la cual fue proporcionada por la Asociación de Bodegueros del Perú.

Validez del instrumento:

En vista que se consideró la documentación utilizada para esta investigación, no se requiere validez, porque se cuenta con la autorización debidamente firmada y sellada por la institución, según el Anexo 2

✓ Variable dependiente 03

El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el registro de contenido de documentos, la cual fue proporcionada por la Asociación de Bodegueros del Perú.

Validez del instrumento:

En vista que se consideró la documentación utilizada para esta investigación, no se requiere validez, porque se cuenta con la autorización debidamente firmada y sellada por la institución, según el Anexo 2.

En la Tabla 02 se muestran las técnicas a emplear en el presente estudio; así como, los instrumentos a utilizar para cada una de ellas.

Tabla 02:
Técnicas e instrumentos.

Variable Dependiente	Indicador	Técnica	Instrumento
Oferta de salud	Número de centros asistenciales	Análisis Documental	Registro de contenido de documento
Atenciones de salud	Número de atenciones	Análisis Documental	Registro de contenido de documento.
Precio de las atenciones de salud	Precio promedio en soles de las atenciones	Análisis Documental	Registro de contenido de documento

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Descripción de procedimientos de análisis

Con cada una de las variables y con sus correspondientes indicadores, permite analizar, medir y verificar todos y cada uno de los datos, y así obtener la información suficiente que se necesita para el análisis de los resultados de la presente investigación.

Por esto se desarrolló la presente matriz de análisis de datos, la cual se muestra a continuación.

Ver Tabla 03

Tabla 03:
Matriz de Análisis de datos

Variable Dependiente	Indicador	Escala de medición	Estadísticos descriptivos	Análisis inferencial
Oferta de salud	Número de centros asistenciales	RAZÓN PROPORCIÓN	Tendencia central (media aritmética, mediana y moda)	Prueba paramétrica T-Student muestras relacionadas
Atenciones de salud	Número de atenciones	RAZÓN PROPORCIÓN	Tendencia central (media aritmética, mediana y moda)	Prueba estadística no paramétrica Wilcoxon
Precio de las atenciones de salud	Precio promedio en soles de las atenciones	RAZÓN PROPORCIÓN	Tendencia central (media aritmética, mediana y moda)	Prueba paramétrica T-Student muestras relacionadas

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

✓ Generalidades

“Las bodegas en el Perú son los típicos negocios familiares que operan como micro y pequeñas empresas (Mypes) y otorgan empleo a miles de peruanos”, señala Choy.

Cada bodega representa a una familia, por lo que más o menos 4 a 5 personas dependen de estos pequeños negocios. “Estamos hablando de casi medio millón de personas, solo en Lima, por lo que el impacto es muy importante. Además, hay otro tipo de comercios que dependen de las bodegas. Por ejemplo, los proveedores pequeños”.

Siendo estos negocios familiares, y quien atiende es la familia del bodeguero, y están expuestas a múltiples problemas de salud producto de la forma de trabajo que están expuestas como (contagios de enfermedades, o daños corporales como asaltos y producto de esto heridas de bala, y/o heridas punzo cortantes) podríamos decir que estos problemas de salud vendrían a ser riesgos laborales).

En todo este contexto, los comerciantes bodegueros y sus familias (esposa, madre, hijos) no cuentan con un Plan de Salud, debido a que son trabajadores independientes que en muchos casos son economías de subsistencia y carecen de los servicios médicos que brinda el estado y que tendrían que utilizar los servicios médicos privados a costos elevados, o de lo contrario accederán al policlínico más cercano, que atienda su necesidad de salud por ser esta una atención más rápida ya que él o su familia debe atender su bodega que es lo que le sustenta.

La propuesta de alternativa de solución a esta problemática es creando un sistema que sea más accesible, de acuerdo a una adecuada cobertura de salud, la que permite a los bodegueros y sus familias un mejor y rápido acceso al plan de salud privado familiar, afiliando o creando más centros asistenciales.

- ✓ **Objetivo 01: Implementar una red de centros asistenciales para incrementar la oferta de salud.**

La primera variable dependiente es la oferta de salud, cuyo objetivo es implementar una red de centros asistenciales para incrementar la oferta de salud, y la hipótesis es si se implementa una red de salud de centros asistenciales entonces se mejora la oferta de salud.

➤ **Situación Pre test del objetivo 1.**

La oferta de salud antes de la implementación del programa de salud que se propuso fue de 18 centros de salud frecuentados en el distrito de Los Olivos, en el año 2018, datos tomados de la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), información que tiene de manera reservada en sus archivos, la cual se puede ver en la Tabla 04

De donde se desprende: Los tipos de centros asistenciales que se tomaron como referencia para el actual trabajo de investigación, estos son las

Clínicas de medicina general (mg), que en el año 2018, fueron frecuentadas en un numero de 4 por mes.

Clínicas especializadas, en un numero de 2 por mes, en lo que respecta a Policlínicos estos fueron clasificados en medicina general (mg) dos por mes y odontológicos (od) dos por mes. Por otro lado se tomaron en cuenta los Consultorios particulares de medicina general (mg) 6 al mes, y consultorios odontológicos (od) de tres mensuales.

En el que se aprecia un total de 18 centros asistenciales privados por mes en el distrito de Los Olivos, frecuentados por los bodegueros de la zona. Ver Tabla 04

Tabla 04:
Cantidad de Centros asistenciales frecuentados por los bodegueros de Los Olivos

Cantidad de centros asistenciales frecuentados	
Centros Asistenciales (CA) situación PRE TEST	AÑO 2018
Clínicas medicina general	4
Clínicas especiales	2
Policlínicos medicina general	1
Policlínicos odontológicos	2
Consultorios medicina general	6
Consultorios odontológicos	3
Total	18

Fuente 1: Elaboración propia

➤ **Aplicación de la teoría para objetivo 1.**

Para que se haga posible la afiliación de los bodegueros a este programa fue promoviendo éste a través de la Asociación de bodegueros del Perú (ADB) con el valioso apoyo de su presidente el señor Andrés Choy Li, utilizando como herramientas el mix de marketing donde pusimos en práctica las 7 PS, en vista que se trata de un producto intangible, es decir, un servicio. Ver Figura 27 y Figura 28

Así mismo se presentó esta propuesta a la asociación de clínicas del Perú (ACP) por sus siglas, quienes mostraron su interés y se pudo realizar este programa de descuentos, el cual les trajo como resultado mayor afluencia de clientes tanto a los centros médicos afiliados como clínicas, policlínicos privados y consultorios.



Figura 27: Clínica en Los Olivos. Clínica del Norte Los Olivos.



Figura 28: Marketing Mix. kotler and Fox (1995)

La herramienta de marketing que se utilizó para el primer objetivo es el mix de marketing.

Definiendo el Marketing Mix.

De acuerdo con Lamb, Hair y McDaniel (2011), la Mezcla de Marketing, o Marketing Mix, es la combinación única de estrategias de producto, plaza (distribución), promoción y fijación de precios (conocida a menudo como las cuatro P), diseñada para producir intercambios mutuamente satisfactorios con un mercado meta.(Ortiz Velasquez, Gonzales Ortiz, & Giraldo Oliveros, Marketing: conceptos y aplicaciones, 2015)

Lo manifestado por los autores respecto al marketing mix es la base fundamental de esta importante herramienta que permite poder identificar cada una de las variables que consideramos para poder desarrollar la propuesta del programa de salud privado.

A continuación, se detalla los conceptos de cada una de las variables de este mix de marketing.

El producto

Por norma general, en las sociedades desarrolladas los deseos y necesidades se satisfacen a través de productos. Normalmente el término producto nos sugiere un bien físico, tal como un automóvil, un televisor o una cámara de fotos. Sin embargo, hoy en día son pocos los productos que no vienen acompañados de ciertos elementos auxiliares como servicios adicionales, información, experiencias, etc.(Monferrer Tirado, 2013)

La primera P de este mix de marketing es el producto, que en este trabajo es el Programa de salud privado para los bodegueros del distrito de Los Olivos, es decir satisfacer a través de éste, la necesidad de salud de los bodegueros de la zona del distrito de Los Olivos.

El presente trabajo es un producto intangible, por lo tanto es un servicio.

Los servicios se consideran una forma de producto Kotler y Armstrong (2003). Consisten en actividades o beneficios ofrecidos en venta, básicamente intangibles y no tienen como resultado la obtención de la propiedad de algo. Los servicios traen asociado elementos tangibles, marca, símbolo, logotipo, colores corporativos y diseños especiales que los diferencian de otros servicios de la misma categoría; igualmente, satisfacen necesidades a personas u organizaciones en procesos de intercambio. (Mesa Holguin, 2012)

Efectivamente, el programa de salud privado es un producto intangible, por lo tanto un servicio, el cual consta de una serie de elementos tangibles como lo manifiestan los autores, como lo son una marca, un símbolo, logotipo, colores, diseños, que de una u otra forma lo distinguen para una mejor identificación.

El Precio.

El precio, a través de descuentos en la red de centros asistenciales afiliados, con una tarifa social, menor a la que pagaban como pacientes particulares, y al alcance de sus bolsillos.

Concepto de precio

“Todos los productos tienen un precio, del mismo modo que tienen un valor. Las empresas que comercializan sus productos les fijan unos precios como representación del valor de transacción para intercambiarlos en el mercado, de forma que les permitan recuperar los costes en los que han incurrido y obtener cierto excedente. En el sentido más estricto, el precio es la cantidad de dinero que se cobra por un producto o por un servicio, o la suma de todos los valores que los consumidores intercambian por el beneficio de poseer o utilizar productos”. (Monferrer Tirado, 2013)

Por lo mismo que se trata de un servicio de carácter privado, definitivamente se debe de considerar un precio, que en este caso, se trata de uno con valor social para el segmento al cual se está destinando, este concepto se le amplía más en la tercera variable dependiente.

La variable Plaza o Distribución.

En el trabajo de investigación, la ubicación que se ha tomado es en el distrito de Los Olivos en la zona norte de Lima.

“La distribución como herramienta del marketing recoge la función que relaciona la producción con el consumo. Es decir, poner el producto a disposición del consumidor final o del comprador industrial en la cantidad demandada, en el momento en el que lo necesite y en el lugar donde desea adquirirlo”.(Monferrer Tirado, 2013)

El principio básico de esta importante variable del mix de marketing, se basa en la conveniencia, en primer lugar del cliente, en este caso del bodeguero, para que pueda contar con el servicio de salud cercano a su domicilio o centro de trabajo, y por otro, del lado del productor del servicio, es decir la disponibilidad de centros asistenciales en la zona.

La Promoción o también denominada Publicidad o Comunicación.

La promoción, a través de la Asociación de Bodegueros del Perú (ADB), redes sociales y la app, que viene a ser el instrumento informático que detallaremos en la siguiente variable, realizando descuentos en farmacia y exámenes auxiliares.

“Como instrumento de marketing, la comunicación tendrá como objeto informar acerca de la existencia del producto dando a conocer sus características, ventajas y necesidades que satisface. Al mismo tiempo, la comunicación deberá actuar tanto sobre los clientes actuales, recordando la

existencia del producto y sus ventajas a fin de evitar que los usuarios habituales sean tentados por la competencia y adquieran otras marcas, como sobre los clientes potenciales, persuadiéndolos para provocar un estímulo positivo que los lleve a probarlo”. (Monferrer Tirado, 2013)

En esta variable del mix de marketing es donde normalmente la mayoría de las personas confunden el concepto de marketing, en vista que se dice que hay que “marketear” el producto, pero en verdad de lo que se trata es de informar y mejor aún, comunicar la existencia y beneficios del programa de salud privado.

El Personal o personas

Es es esta parte en donde se da cuenta del personal debidamente capacitado para darles la información y atención que necesitan.

“Según Muala & Qurneh (2012) este factor se refiere a los empleados del servicio que producen y entregan el servicio. Desde hace mucho tiempo es un hecho que muchos servicios implican interacciones personales entre los clientes y los empleados del sitio, y estos tienen una gran influencia en la percepción del cliente sobre la calidad del servicio. El personal es clave para la prestación del servicio a los clientes”.(Khan, 2014)

Por otro lado cuando se habla del personal, hoy en día es sumamente importante que se cuente con personas identificadas con el negocio, y con espíritu emprendedor y social, tanto por el lado de los colaboradores, como de parte de los directivos, gerentes y todo aquel que tenga responsabilidad en el programa de salud.

La evidencia física

(Physical Evidence) según su origen del idioma inglés, que viene a ser la red de centros asistenciales, y todo lo referente al soporte físico con el que se cuenta.

“Muala & Qurneh (2012) revelaron que este factor se refiere al entorno en el que se entrega el servicio y cualquier bien tangible que facilite la ejecución y comunicación del servicio. Esto tiene una gran importancia porque el cliente normalmente juzga la calidad del servicio prestado a través de la evidencia física. Además, este factor también se refiere al entorno en el que se encuentra la producción de los servicios”. (Khan, 2014)

Es más, no solo se trata de tomar en consideración el local o locales, también la maquinaria, los equipos, las herramientas informáticas, etc. Ver Figura 29



Figura 29: Clínica Mundo Salud. Los Olivos

Los procesos

Es decir todos y cada uno de los pasos a seguir para poder utilizar los servicios médicos, y que están debidamente detallados en la siguiente variable.

“Muala y Qurneh (2012) afirmaron que el proceso se define generalmente como la implementación de una acción y función que aumenta el valor de los productos con bajo costo y alta ventaja para el cliente y es más importante para el servicio que para los bienes. El ritmo del proceso, así como la habilidad de los proveedores de servicios, se revelan claramente al cliente y constituyen la base de su satisfacción con la compra”.(Khan, 2014)

Al tomar en consideración cada paso, cada actividad, cada proceso que se tiene que realizar para poder otorgar de la mejor forma posible, este importante servicio de salud a los bodegueros de la zona de Los Olivos, y que como manifiestan los autores, éstos incrementan el valor de los productos y alta ventaja para los usuarios.

La red de Centros asistenciales a la cual nos referimos cuenta con una serie de establecimientos como lo son clínicas de medicina general, así como especializadas, policlínicos de medicina general y odontológica, consultorios privados de medicina general y odontológicos, todos y cada uno de ellos ubicados en el distrito de Los Olivos, los que se aprecian en la Figura 30

CANTIDAD DE CENTROS ASISTENCIALES FRECUENTADOS POR LOS BODEGUEROS DE LA AV. CENTRAL-LOS OLIVOS				
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018	AÑO 2019	Variación	%
CLINICAS mg	4	6	2	50%
CLINICAS espec	2	3	1	50%
POLICLINICOS mg	1	3	2	200%
POLICLINICOS od	2	4	2	100%
CONSULTORIOS mg	6	14	8	133%
CONSULTORIOS od	3	8	5	167%
Total	18	38	20	111%

Figura 30: Cantidad de centros asistenciales frecuentados en Los Olivos. Elaboración propia

➤ **Situación Post test del objetivo 1.**

Con la implementación del Programa de Salud Privado para mejorar la atención de bodegueros del distrito Los Olivos en Lima, se incrementó el número de centros asistenciales frecuentados que a continuación se detalla:

En las Clínicas de medicina general (mg), que en el año 2018, fueron frecuentadas en un número de 4 por mes, pasaron a 6 en el año 2019, en las Clínicas especializadas, en un número de 2 por mes, pasaron a 3 en el año 2019 en lo que respecta a Policlínicos estos fueron clasificados en medicina general (mg) 1 por mes pasaron a 3 en el año 2019 y policlínicos odontológicos (od) de 2 por mes pasaron a 4 en el año 2019.

Por otro lado se tomaron en cuenta los Consultorios particulares de medicina general (mg) 6 al mes pasaron a 14 en el año 2019, y consultorios odontológicos (od) de tres mensuales pasaron a 8 en el año 2019.

En el que se aprecia un total de 18 centros asistenciales privados por mes en el distrito de Los Olivos, frecuentados por los bodegueros de la zona en el año del pre test 2018, a 38 en el año 2019 del post test con una variación del 111%. Ver Figura 30

✓ **Objetivo 02: implementar un aplicativo informático de citas para incrementar las atenciones de salud**

La segunda variable dependiente es las atenciones de salud, cuyo objetivo es: Implementar un aplicativo informático de citas para incrementar las atenciones de salud, y la hipótesis es: Si se implementa un aplicativo informático de citas se incrementa las atenciones de salud.

➤ **Situación Pre test del objetivo.**

La variable atenciones de salud está referida principalmente a que los bodegueros y sus familias pueden realizar una mayor cantidad de atenciones médicas, las cuales van de manera directamente relacionada con la accesibilidad que pueden tener.

Según nuestro análisis de datos del año 2018, se pudo ver que en promedio el número de atenciones fue de 18 veces en promedio al mes, en el total de los centros de salud frecuentados.

De donde se desprende: En las Clínicas de medicina general (mg), que en el año 2018, tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 4.8, Clínicas especializadas, tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 4.3, en lo que respecta a Policlínicos estos fueron clasificados en medicina general (mg), que tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 11.8 y los odontológicos (od) tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 10.9.

Por otro lado se tomaron en cuenta los Consultorios particulares de medicina general (mg) tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 40, y consultorios odontológicos (od) tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 37. Ver Tabla 05

Tabla 05:
Cantidad de atenciones por mes

CANTIDAD DE ATENCIONES POR MES DE LOS BODEGUEROS DE LA ZONA	
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018
CLINICAS MG	4.8
CLINICAS ESPECIALIZ	4.3
POLICLINICOS MG	11.8
POLICLINICOS OD	10.9
CONSULTORIOS MG	40.0
CONSULTORIOS OD	37.2
Total	18.2

Fuente: Elaboración propia

➤ **Aplicación de la teoría para objetivo 2.**

Para que se haga posible el objetivo de implementar un aplicativo informático de citas para incrementar las atenciones de salud, se tuvo que buscar una herramienta para identificar el origen del problema de las atenciones, y como ya se ha manifestado en las técnicas de recolección de datos, el instrumento que apoyó es el análisis documental, el cual arrojó que, como se vio en la situación pre test, las atenciones eran muy pocas, debido principalmente a la falta de una herramienta que sea amigable y rápida para poder solicitar atenciones, dejando de lado el solo ir personalmente, lo cual ya es una pérdida de tiempo y de incomodidad, o el tratar de hacerlo por llamada telefónica.

Es así como en primer lugar se propuso un diagrama de flujo para ver el funcionamiento del aplicativo a usar.

Como se aprecia en la Figura 31, este diagrama de flujo, en el cual se ha diseñado cada uno de los procesos que sigue el sistema para poder realizar el servicio de citas y atenciones de los afiliados al programa.

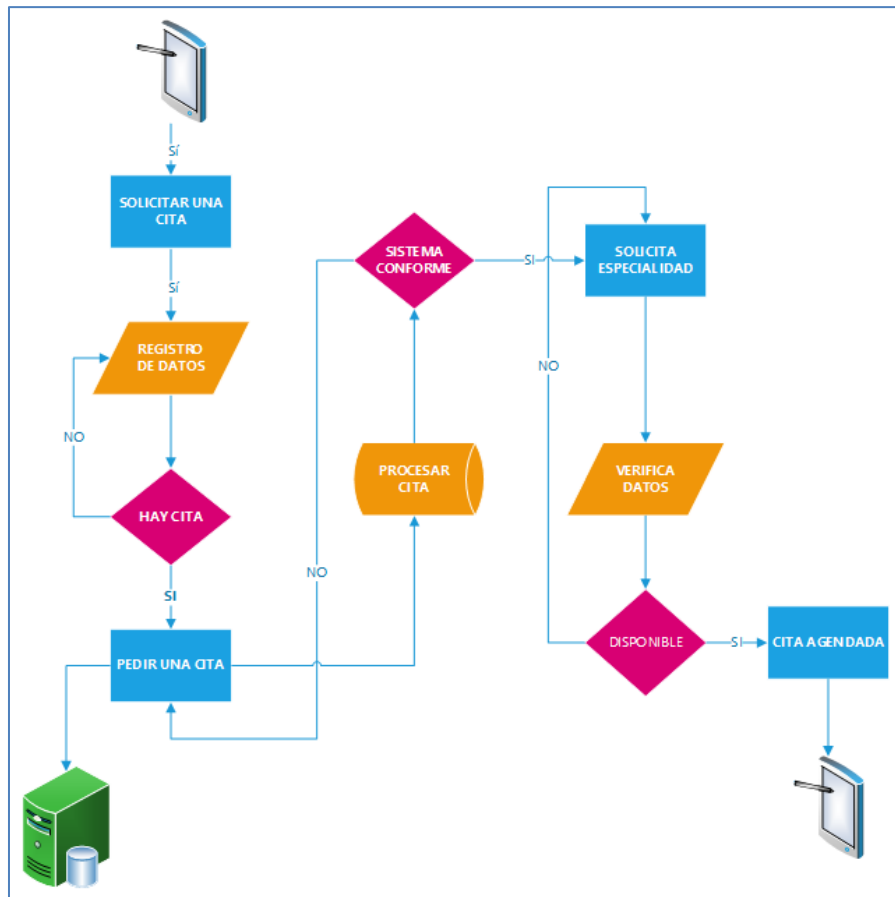


Figura 31: Diagrama de flujo de la App. Elaboración propia

Concepto de Diagrama de Flujo.

“Un diagrama de flujo es la representación gráfica del flujo o secuencia de rutinas simples”. (Manene, 2011)

Como se menciona en el presente trabajo esta herramienta ayuda a poder visualizar las actividades a desarrollarse en el uso del aplicativo.

Para poder hacer frente a las atenciones en el presente trabajo se propone la utilización de un aplicativo informático, denominado app.

Concepto de APP

“Se entiende por apps aquellas aplicaciones de software que funcionan en teléfonos móviles, tabletas o computadoras y que son distribuidos a través

de servicios o tiendas como la “iTunes store “(Para iPhone y iPad), “Google play” (para Android); estas pueden ser generadas por desarrolladores de tecnologías móviles o por individuos u organizaciones.

Para el presente trabajo por la facilidad de poder descargar la app que se propuso es importante el conocer de qué se trata.

Por otro lado toda aquella aplicación diseñada para los teléfonos celulares se les denomina app, pero debemos de tener presente que siempre en el argot criollo, es decir, la costumbre al final se toma como un término formal, es como la tratamos en esta variable.

A continuación tenemos una definición sobre lo que se conoce como dispositivo móvil: “Un dispositivo móvil se puede definir como un aparato de pequeño tamaño, con algunas capacidades de procesamiento, con conexión permanente o intermitente a una red, con memoria limitada, que ha sido diseñado específicamente para una función, pero que puede llevar a cabo otras funciones más generales”. (Alonso, Artime, Rodriguez, & Baniello, 2011, pág. 12)

Por lo expuesto líneas arriba se debe de tomar en consideración que un dispositivo móvil no solo es un celular, también lo son las tablets, los navegadores GPS, los reproductores de audio, etc., es decir todo aquel aparato que tiene conexión a internet.

Y lo positivo es que hoy en día prácticamente la mayoría de personas de toda condición social, tiene un celular a la mano para poder utilizar, en este caso, el aplicativo que se propone para las atenciones de salud.

(Fombona Cadavieco, Pascual Sevillano, & Ferreyra Amador, 2012, pág. 207) Manifiestan que: “La universalización de los dispositivos móviles posibilita la comunicación interpersonal ubicua y la realización de actividades ligadas a los equipos informáticos que antes sólo se podían llevar a cabo en lugares y momentos dedicados específicamente a ello”.

Por lo que ahora no solo se puede comunicar por estos dispositivos localmente, es prácticamente global, y de una ubicación prácticamente general, todo lo que podemos realizar a través de los dispositivos móviles, y nuestros bodegueros en su mayoría cuentan con uno.

La App que se puso a disposición de los bodegueros se descarga, previamente afiliándose al programa y luego descargándolo por Play Store, tanto para Android, así como para IOS. Ver Figura 32.



Figura 32: App +salud inicio sesión. Elaboración propia

En el siguiente paso aparece la pantalla en la cual deben de ingresar sus datos como los son el usuario, nombres y apellidos, su documento de identidad, que mayormente en nuestro país es el DNI, ver Figura 33.



Figura 33: App para ingresar sus datos. Fuente: Elaboración propia

Como se aprecia en la Figura 34 se tiene las opciones para solicitar una atención, previa cita en el horario, fecha y local que le sea más conveniente.



Figura 34: Para solicitar atención. Elaboración propia

Por otro lado, si el afiliado desea simplemente una consulta virtual, también puede realizarla, Figura 35, en donde, aprovechando el chat del WhatsApp, se realiza una video llamada sin ningún problema.



Figura 35: Para consulta virtual. Elaboración propia

En la Figura 36 se aprecia como es el trato a los pacientes, que es una necesidad básica para toda persona que tiene una atención de salud.



Figura 36: Derechos de los pacientes. Clínica del Country.

Es importante tener en cuenta para esta variable lo que es necesidad, en vista que el programa de salud, en lo que respecta a las atenciones, responde en gran medida a una necesidad.

Concepto de necesidad

“Las necesidades son las fuerzas básicas que estimulan a los clientes a llevar a cabo acciones y participar en intercambios .Una necesidad no satisfecha es una fisura entre los períodos real y deseado de una persona o alguna dimensión física o psicológica”. (Silva , y otros, 2014)

Las necesidades también son los estados de escases que tiene el ser humano y que en definitiva, tienen que ser satisfechas a través de la atención de la demanda, caso contrario se puede, como es el caso de los servicios de salud, enfermar o empeorar su condición.

Por otro lado es necesario hacer una referencia al concepto de deseo.

“Los deseos reflejan las preferencias de alguien por formas concretas de satisfacer una necesidad básica. Así una persona desea productos, marcas o servicios particulares para satisfacer una necesidad”. (Silva , y otros, 2014)

Satisfacer una necesidad puede ser más simple y sencillo, pero satisfacer un deseo ya es un tema más complejo, por ejemplo si se tiene sed, bastará con un vaso de agua para satisfacer esta necesidad, sin embargo si se desea una gaseosa Inka Kola, ya se está solicitando una marca, un producto, una imagen, etc.

Y con mucha más razón la gente desea que sus necesidades de atención de salud sean de lo mejor con una imagen que les brinde confianza.

➤ **Situación Post test del objetivo 2.**

En lo que respecta al análisis realizado posteriormente en el año 2019, después de la implementación del programa de salud privado, se observa que fue de 49.2 visitas promedio al mes, el cual es un incremento porcentual del 171%, como resultado de lo que se manifestó en la implementación de la herramienta informática ver Figura 37, y esto debido a la utilización del aplicativo informático (APP), con el que los bodegueros y sus familias pudieron tener mayor facilidad en sus citas y atenciones.

CANTIDAD DE ATENCIONES POR MES DE LOS BODEGUEROS DE LA ZONA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES - LOS OLIVOS				
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018	AÑO 2019	Variación	%
CLINICAS MG	4.8	12.4	7.6	157%
CLINICAS ESPECIALIZ	4.3	11.5	7.2	165%
POLICLINICOS MG	11.8	18.4	6.7	57%
POLICLINICOS OD	10.9	17.3	6.4	59%
CONSULTORIOS MG	40.0	121.2	81.2	203%
CONSULTORIOS OD	37.2	114.3	77.1	207%
Total	18.2	49.2	31.0	171%

Figura 37: Cantidad de atenciones por mes de los bodegueros en Los Olivos. Elaboración propia.

En las Clínicas de medicina general (mg), que en el año 2018, tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 4.8, en el análisis post test del año 2019 fue de 12.4, en las Clínicas especializadas, tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 4.3 en el análisis post test del año 2019 fue de 11.5, en lo que respecta a Policlínicos estos fueron clasificados en medicina general (mg), que tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 11.8, en el análisis post test del año 2019 fue de 18.4, y los odontológicos (od) tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 10.9, en el análisis post test del año 2019 fue de 17.3.

Por otro lado se tomaron en cuenta los Consultorios particulares de medicina general (mg) tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 40, en el análisis post test del año 2019 fue de 121, y en los consultorios odontológicos (od) que tuvieron una cantidad promedio de atenciones por mes de 37, en el análisis post test del año 2019 fue de 114.

✓ **Objetivo 03: Implementar tarifario por volumen de atención para reducir el precio de atenciones de salud.**

La siguiente variable es el Precio de las atenciones de salud, su objetivo es Implementar tarifario por volumen de atención para reducir el precio de atenciones de salud, con la hipótesis de, si se implementa un tarifario según volumen de atención se reduce el precio de atenciones de salud.

➤ **Situación Pre test del objetivo 3.**

La variable Tarifario según volumen de atenciones de salud, está referida principalmente a que los bodegueros y sus familias pueden pagar una tarifa en atenciones médicas menor a las que normalmente se realizan en los establecimientos de salud privados, incrementando el volumen de las atenciones.

Con la finalidad de reducir los costos de atención y de internamiento, la cual va a permitir que se cuente con un precio más justo para los bodegueros, ésta se hace a través de la implementación de un programa de descuentos a este segmento de la población, la cual redundará en una tarifa más acorde con el poder adquisitivo del bodeguero de la zona de Los Olivos.

Según nuestro análisis de datos del año 2018, se pudo ver que en promedio el precio promedio pagado por las atenciones de salud fue de 131 soles al mes, en el total de los centros de salud frecuentados. Ver Tabla 06

En las Clínicas de medicina general (mg), que en el año 2018, tuvieron una tarifa promedio por mes de 192.50 soles, Clínicas especializadas, tuvieron una tarifa promedio por mes de 255 soles, en lo que respecta a Policlínicos estos fueron clasificados en medicina general (mg), que tuvieron una tarifa promedio por mes de 60.90 soles y los odontológicos (od) tuvieron una tarifa promedio por mes de 67.95 soles.

Tabla 06:
Precios promedio de las atenciones de salud

PRECIOS PROMEDIO DE LAS ATENCIONES DE SALUD	
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018
CLINICAS MG	192.50
CLINICAS ESPECIALIZ	255.00
POLICLINICOS MG	60.90
POLICLINICOS OD	67.95
CONSULTORIOS MG	98.33
CONSULTORIOS OD	111.67
Total	131.06

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado se tomaron en cuenta los Consultorios particulares de medicina general (mg) tuvieron una tarifa promedio por mes de 98.33 soles, y consultorios odontológicos (od) tuvieron una tarifa promedio por mes de 111.67 soles.

La herramienta que ayuda a poder identificar el segmento al cual se dirige el programa de salud, es la segmentación. Ve Figura 38



Figura 38: La Segmentación de mercados. Enciclopedia Económica.

En la cual se distingue cuatro variables que a continuación se detalla:

- **Geográfica**, se identifica claramente la ubicación física de nuestro segmento, en este caso el distrito de Los Olivos, la llamada Lima Norte, distrito que está en pleno desarrollo y que alberga a más del 40% de las bodegas de Lima.
- **Demográfica**, distinguimos claramente a personas que se dedican al comercio minorista, de manera independiente, es decir, bodegueros con niveles de ingresos entre 1000, a 3000 soles, que cuentan con una familia de por lo menos 4 integrantes, mayores de 30 años, con una educación básica de primaria y secundaria.
- **Pictográfica** o de estilo de vida, en este caso los bodegueros son personas sencillas, emprendedoras y trabajadoras, en constante superación personal.
- **Conductual**, se refiere a la frecuencia de uso de un servicio, en este caso, el de atenciones médicas, su actitud ante el producto.

Las variables de la segmentación, nos permite distinguir claramente y clasificar al segmento de personas al cual va dirigido el presente producto, en este caso, un servicio.

➤ **Aplicación de la teoría para objetivo 3.**

En el presente trabajo se tratan los precios de las atenciones de salud, a través de la propuesta de tarifarios, de donde podemos tomar en cuenta lo siguiente:

Conceptos de precio.

Todas las organizaciones con fines de lucro y muchas sin fines de lucro ponen *precio* a sus productos o servicios. Se puede llamar al *precio*: renta (por un apartamento), colegiatura (por educación), pasaje (por un viaje) o intereses (por dinero prestado), pero el concepto es el mismo. (Kotler, Dirección de marketing conceptos esenciales, 2002)

Para los autores Lamb, Hair y McDaniel, el precio es aquello que es entregado a cambio para adquirir un bien o servicio. También puede ser el tiempo perdido mientras se espera para adquirirlos.

(Lamb , Hair, & Mc Daniel, 2006)

La variable precio se define como el coste que percibe el consumidor necesario para adquirir los productos que le ofrece el mercado y el mismo desea. En el valor monetario del comprador no sólo se incluye el precio sino también otro tipo de costes tales como el coste de oportunidad de ir a la tienda a comprar el producto en lugar de invertir ese tiempo en otras cosas (ocio, etc.), los costes de desplazamiento (gasolina, aparcamiento, etc.) y otros costes adicionales como pueden ser las bolsas, etc.

(Baena Gracia, 2010)

La Demanda

El autor Hoyo Aparicio manifiesta que “Se entiende por Demanda (D) la cantidad de un bien que los consumidores están dispuestos a adquirir en una unidad de tiempo.”

“Pues bien, la demanda de un bien depende, en primer lugar, de su precio. Y en función de esta dependencia entre cantidad demandada de un bien y el precio de ese bien es fácil percibir una correlación inversa o decreciente: cuando el precio desciende, la demanda aumenta, y cuando el precio aumenta, la demanda desciende; es decir, la cantidad demandada de un bien se mueve en sentido inverso al de su precio”. (Hoyo, 2015)

En esta parte el autor toma la bien llamada ley de demanda, la cual refiere que tiene una relación directamente proporcional con el precio, el cual si es alto baja la demanda y viceversa.

Este concepto es de carácter relevante para el presente trabajo de investigación, en el cual los precios de las consultas o intervenciones tienen que estar al alcance de los bodegueros.

A continuación veremos lo referente a la parte de Segmentación.

Los autores hacen la siguiente afirmación:

“La segmentación no es más que la identificación a través de diversas variables de características similares que posee un subgrupo de mercado y que las diferencia del resto.

Primero, porque establece un punto de partida importante en la definición de las variables de control de mercado en términos operativos (acción) enviando mensajes claros en coincidencia con los deseos de los segmentos escogidos.

Segundo, porque ayuda a determinar no solo quién es el cliente sino también quién no lo es”. (Ortiz Velasquez, Gonzales Ortiz, & Giraldo Oliveros, 2015)

Una adecuada segmentación requiere que se definan con claridad las variables que serán utilizadas como base para la generación de los grupos, dichas variables están relacionadas con los tipos de consumidores que van a ser tenidos en cuenta, así como la plataforma estratégica de las empresas.

Valderrey (2011, p. 12) propone la siguiente clasificación de variables:

Segmentación geográfica: región, tamaño del mercado, clima, densidad de población. Segmentación demográfica: edad, género, ingresos, ciclo de vida de familia, clase social, nivel de educación.

Segmentación psicográfica: personalidad, estilo de vida, preferencia de consumo y valores.

Comportamental: ocasión de uso, frecuencia de uso, beneficios buscados y utilización del producto final. (Juarez , 2018)

Es de mucho interés el conocer perfectamente al segmento al cual se dirige el programa de salud privado, porque esto permite direccionar las acciones a seguir utilizando de la eficientemente todos los recursos y el poder lograr los objetivos.

Y cada una de estas variables de la segmentación ayuda sobremanera a poder identificar con detalle a nuestro bodeguero.

➤ **Situación Post test del objetivo 3.**

Luego de implementarse el programa, la tarifa promedio en el año 2019 fue de 43 soles, en promedio por mes, es decir una reducción aproximadamente de 87 soles en los precios de las atenciones de salud, que en términos porcentuales es de 67% menos. Ver Tabla 07.

Tabla 07:
Precios promedio atenciones de salud

PRECIOS PROMEDIO DE LAS ATENCIONES EN SALUD EN SOLES				
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018	AÑO 2019	Variación	%
CLÍNICAS MG	192.50	30.67	-162	-84%
CLÍNICAS ESPECIALIZADA	255.00	41.67	-213	-84%
POLICLÍNICOS MG	60.90	49.00	-12	-20%
POLICLÍNICOS OD	67.95	53.75	-14	-21%
CONSULTORIOS MG	98.33	40.36	-58	-59%
CONSULTORIOS OD	111.67	45.50	-66	-59%
Total	131.06	43.49	-88	-67%

Fuente: Elaboración propia

A continuación se detalla el post test:

En las Clínicas de medicina general (mg), que en el año 2018, tuvieron una tarifa promedio por mes de 192.50 soles, en el año 2019, post test, se redujo a 30.67 soles, en las Clínicas especializadas, que tuvieron una tarifa promedio por mes de 255 soles, en el año 2019, post test, se redujo a 41.67 soles, en lo que respecta a Policlínicos estos fueron clasificados en medicina general (mg), que tuvieron una tarifa promedio por mes de 60.90 soles, en el año 2019, post test, se redujo a 49 soles, y los odontológicos (od) tuvieron una tarifa promedio por mes de 67.95 soles, en el año 2019, post test, se redujo a 53.75 soles.

Por otro lado se tomaron en cuenta los Consultorios particulares de medicina general (mg) que tuvieron una tarifa promedio por mes de 98.33 soles, en el año 2019, post test, se redujo a 40.36 soles y los Consultorios odontológicos (od) tuvieron una tarifa promedio por mes de 111.67 soles, en el año 2019, post test, se redujo a 45.50 soles. Ver Tabla 07

En conclusión por un lado los centros de salud privado aseguraron una mayor rotación de sus servicios obteniendo ganancias por volumen.

Y por otro lado con el apoyo de la App para realizar sus pagos por internet, ver Figura 39 en donde se tiene la comodidad de no estar con el dinero en efectivo portándolo, evitando así posibles pérdidas de dinero o asaltos.

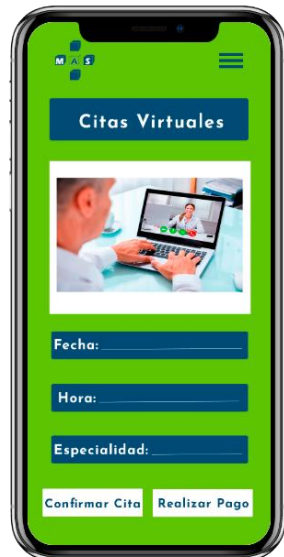


Figura 39. Citas y atenciones Virtuales. Elaboración propia.

De esta manera el afiliado tiene facilidad y comodidad para realizar las operaciones de transacciones de dinero por la atención de salud, y el centro de salud puede contar con los ingresos de sus consultas de una manera más segura. Ver Figura 40



Figura 40: Pago de servicios de salud. Actualícese.

Esta reducción fue posible gracias a que los centros de salud de la zona de Los Olivos se afiliaron a este programa en donde, a través de convenios

realizados por la Asociación de Bodegueros del Perú (ABP), ver Figura 41, y por el otro la Asociación de Clínicas Privadas (ACP), se concretó que los bodegueros puedan acceder con precios más cómodos, y de una manera más inmediata.



Figura 41: Asociación de Bodegueros del Perú. ABP.

Como se observa en la Figura 42, con esta parte se finaliza el proceso en el uso de la app, con el cual se permite no solo solicitar atenciones, también la posibilidad de realizar pagos y consultas adicionales.



Figura 42: Finalización de utilización del aplicativo. Elaboración propia.

A continuación, se observa en la Figura 43, tarifarios de los consultorios privados en medicina general, con los precios que se cobran normalmente.

Consultorios Medicina General	Tarifa Promedio
Consultorio 1	100.00
Consultorio 2	110.00
Consultorio 3	90.00
Consultorio 4	90.00
Consultorio 5	110.00
Consultorio 6	90.00
Consultorio 7	85.00
Consultorio 8	110.00
Consultorio 9	100.00

Figura 43: Tarifarios consultorios privados de la zona de Los Olivos. Elaboración propia

En la Figura 44, se aprecia los diversos precios que se cobran en los policlínicos privados y clínicas de la zona, observándose que son elevados para que pueda acceder el bodeguero de la zona de Los Olivos.

Clínicas Medicina General	Tarifa Promedio
Clínica 1	200.00
Clínica 2	190.00
Clínica 3	220.00
Clínica 4	160.00
Policlínico Odontológicos	Tarifa Promedio
Policlínico 1	75.00
Policlínico 2	60.00
Policlínico 3	65.00
Policlínico 4	58.00

Figura 44: Tarifarios de Clínicas y Policlínicos de la zona de Los Olivos.
Elaboración propia

4.2. Análisis de resultados

- ✓ **Hipótesis 01: Si se implementa una red de salud de centros asistenciales, se mejora la oferta de salud**

Tomando en consideración la importancia de cómo la teoría bien aplicada al presente estudio, fue posible que se hicieran realidad las distintas problemáticas expuestas en cada una de las variables.

Por eso como manifiestan los autores respecto a las pruebas de las hipótesis, que:

“A diferencia de la estadística paramétrica, en la que el investigador aspira encontrar en las características de la muestra que ha seleccionado, aquellas que distinguen a la población de donde ésta procede; hay dos formas de actuar:

- 1) Estimar el valor de un parámetro a partir de la muestra, y
- 2) Contrastar si su hipótesis es confirmada en la muestra, poniendo a prueba la hipótesis de las diferencias nulas (H_0), la que de no confirmarse se explica por la hipótesis alterna (H_1), que acepta que esas diferencias existen dentro de cierto margen de probabilidad: cuando son significativas (a nivel de una $p < 0.05$ o < 0.001) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna”(Gomez Gomez, Danglot Bank, & Vega Franco, 2003)

- **Prueba paramétrica Pre y Post Test**

Prueba de Hipótesis de normalidad

H_0 : La variable Número de Centros Asistenciales en la Población tiene distribución normal

H_1 : La variable Número de Centros Asistenciales en la Población no tiene distribución normal

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Prueba de Kolmogorov Smirnov y ShapiroWilk

“Para una muestra La prueba se usa para definir si el grado de ajuste de los datos a una distribución teórica: que puede ser con tendencia a la normal, a la de Poisson o exponencial.

La prueba Z de Kolmogorov-Smirnov (K-S), se computa a partir de la diferencia mayor (en valor absoluto) entre la distribución acumulada de una muestra (observada) y la distribución teórica.

La bondad de ajuste de la muestra permite suponer de manera razonable, que las observaciones pudieran corresponder a la distribución específica”. (Gomez Gomez, Danglot Bank, & Vega Franco, 2003)

Decisión

- ✓ Si sig de la prueba es menor que < 0.05 entonces se rechaza H_0
- ✓ Si sig de la prueba es mayor que > 0.05 entonces se Acepta H_0

En la Tabla 08 se observan las muestras pre y post que se analizaron, en la que se distingue que el número de Centros Asistenciales frecuentados en el año 2018 fue de 18 centros, y que luego de la muestra tomada en el año 2019 esta cantidad se incrementó a 38, es decir en un 111%.

Tabla 08:
Información de pruebas PRE y POST

CANTIDAD DE CENTROS ASISTENCIALES FRECUENTADOS POR LOS BODEGUEROS DE LA AV. CENTRAL- LOS OLIVOS				
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018	AÑO 2019	Variación	%
CLÍNICAS MG	4	6	2	50%
CLÍNICAS ESPECIALIZADA	2	3	1	50%
POLICLÍNICOS MG	1	3	2	200%
POLICLÍNICOS OD	2	4	2	100%
CONSULTORIOS MG	6	14	8	133%
CONSULTORIOS OD	3	8	5	167%
Total	18	38	20	111%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la utilización del paquete estadístico SPSS, manifiestan los autores que:

Desde sus inicios, las computadoras se han utilizado en el manejo de los datos y en ellas se puede hacer uso de las técnicas estadísticas, por lo que hay paquetes estadísticos entre los cuales el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)® es, quizá, el más usado, con más de tres décadas en el mercado.

El procedimiento estadístico que se usará para el análisis depende de:

- 1) El tipo de medida de la variable a analizar
- 2) La distribución que caracteriza a las mediciones de las variables, la homogeneidad de las varianzas en los grupos de ellas, el impacto de los residuos y el tamaño de la muestra
- 3) El poder de la prueba que se usará, es decir, la capacidad de aceptar o rechazar, correctamente, la hipótesis nula. (Gomez Gomez, Danglot Bank, & Vega Franco, 2003)

El Número de Centros Asistenciales se distribuye en la Población Normalmente.

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk por que la muestra es pequeña, ya que es menor a 50, de donde se desprenden los siguientes resultados: Tabla 09

Tabla 09:
Resumen de procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de Casos							
		Valido		Casos Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Centros Asistenciales	PRE	6	50%	6	50%	12	100%
Centros Asistenciales	POST	6	50%	6	50%	12	100%

Fuente: SPSS

El Número de Centros Asistenciales se distribuye en la Población Normalmente. Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk, ver Figura 45 por que la

muestra es pequeña, ya que es menor a 50, de donde se desprenden los siguientes resultados:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Centros Asistenciales PRE	,212	6	,200 [*]	,933	6	,607
Centros Asistenciales POST	,215	6	,200 [*]	,838	6	,126

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
a. Corrección de significación de Lilliefors

Figura 45: Resumen de pruebas de normalidad. SPSS

Antes de la implementación del programa de salud privado, el p valor o sig de la prueba de Shapiro Wilk es de 0.607 > a 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0), porque se distribuye normalmente.

En las observaciones y análisis realizados después de la implementación del programa de salud privado, el p valor o sig de la prueba Shapiro Wilk es de 0.126 > a 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0), porque se distribuye normalmente.

Se concluye que las observaciones realizadas tanto pre como post se distribuyen normalmente con un nivel de confianza del 95%.

Prueba de Hipótesis

H_0 : El Número de Centros Asistenciales antes de la implementación de un programa de salud privado = Al Número de Centros Asistenciales después de la implementación de un programa de salud privado

H_1 : El Número de Centros asistenciales antes de la implementación de un programa de salud privado \neq significativamente del número de Centros Asistenciales Después de la implementación de un programa de salud privado

Nivel de significancia $\alpha=0.05$

Prueba de t-Student

“Cuando se pretende probar una hipótesis respecto a uno o más parámetros de una población que tiende a una distribución normal, las pruebas usadas son las de la estadística paramétrica, como la t de Student. Por lo contrario, si los procedimientos estadísticos no requieren plantear inferencias acerca de los parámetros de la población (su media y dispersión) se le conoce como no paramétricos, o de distribución libre (ya que no se hacen suposiciones acerca de la distribución de la población de donde procede la muestra”.

(Gomez Gomez, Danglot Bank, & Vega Franco, 2003)

Decisión

Si sig de la prueba es menor que <0.05 entonces se rechaza H_0

Si sig de la prueba es mayor que > 0.05 entonces H_0 se Acepta

- **Contrastación de Hipótesis**

En la Figura 46 se observa la prueba de T Student que el sig es 0.028 es menor que 0.05

Prueba T

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	Centros Asistenciales PRE	3,00	6	1,789	,730
	Centros Asistenciales POST	6,33	6	4,227	1,726

Correlaciones de muestras emparejadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	Centros Asistenciales PRE & Centros Asistenciales POST	6	,926	,008

Prueba de muestras emparejadas									
Diferencias emparejadas									
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Centros Asistenciales PRE - Centros Asistenciales POST	-3,333	2,658	1,085	-6,123	-,544	-3,071	5	,028

Figura 46: Prueba T de Student muestras emparejadas. SPSS

Por lo tanto, llegamos a la conclusión que se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) a un nivel de significancia del 0.05, y se acepta la H_1 el Número de Centros Asistenciales antes de la implementación de un programa de salud privado difiere (\neq) significativamente del número de Centros Asistenciales después de la implementación del programa de salud privado.

Por todo lo antes expuesto se evidencia claramente que la implementación de un programa de salud privado familiar para bodegueros tuvo un efecto positivo y significativo con un incremento en los centros asistenciales frecuentados.

- ✓ **La Hipótesis 02: viene a ser Si se implementa un aplicativo informático de citas, se incrementa las atenciones de salud.**

- **Prueba paramétrica Pre y Post Test**

- ✓ H_0 : El Número de atenciones en la Población tiene distribución normal
- ✓ H_1 : El Número de atenciones en la Población No tiene distribución normal

Nivel de significancia $\alpha=0.05$

Prueba de Kolgomorov Sminnov y ShapiroWilk

Decisión

- ✓ Si sig de la prueba es mayor que > 0.05 entonces H_0 se Acepta
- ✓ Si sig de la prueba es menor que < 0.05 entonces H_0 se rechaza

En la Tabla 10 se observan las muestras pre y post que se analizaron, en la que se distingue que el número de atenciones promedio por mes a los Centros Asistenciales frecuentados en el año 2018 fue de 18.2 y que luego de la muestra tomada en el año 2019 esta cantidad se incrementó a 49.2 visitas promedio por mes, es decir en un 171%.

Tabla 10:
Información de muestras pre y post

ATENCIONES PROMEDIO POR MES A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LOS OLIVOS				
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018	AÑO 2019	Variación	%
CLÍNICAS MG	4.8	12.4	7.6	157%
CLÍNICAS ESPECIALIZADA	4.3	11.5	7.2	165%
POLICLÍNICOS MG	11.8	18.4	6.7	57%
POLICLÍNICOS OD	10.9	17.3	6.4	59%
CONSULTORIOS MG	40.0	121.2	81.2	203%
CONSULTORIOS OD	37.2	114.3	77.1	207%
Total	18.2	49.2	31.0	171%

Fuente: Elaboración propia

El Número de Centros Asistenciales se distribuye en la Población Normalmente.

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk por que la muestra es pequeña, ya que es menor a 50, de donde se desprenden los siguientes resultados: Tabla 11

Tabla 11:
Resumen de procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de Casos							
		Valido		Casos Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cantidad de Atenciones	PRE	6	100%	0	0%	6	100%
Cantidad de Atenciones	POST	6	100%	0	0%	6	100%

Fuente: SPSS

En la Figura 47 se ve que el sig en las muestras antes de la implementación del programa y después de la implementación del programa, son menores que 0.05 así tenemos

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Atenciones PRE	,321	6	,052	,791	6	,049
Atenciones POST	,385	6	,006	,695	6	,006

a. Corrección de significación de Lilliefors

Figura 47: Pruebas de normalidad. SPSS

Muestra Pre el sig es $0.049 < 0.05$

Muestra Post el sig es $0.006 < 0.05$

Por lo tanto, se lleva a la conclusión que se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0) a un nivel de significancia del 0.05, por lo tanto, se acepta H_1 , es decir que el Número de atenciones en la Población No tiene distribución normal

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk por que la muestra es pequeña, menor que 50

Prueba de Hipótesis

H₀: El Número de atenciones antes de la implementación del programa de salud privado.

H₁: El Número de atenciones Antes de la implementación de un programa de salud privado ≠ difiere significativamente del Número de atenciones después de la implementación de un programa de salud privado

- **Contrastación de Hipótesis**

En la Figura 48 se observa la prueba de Wilcoxon que el sig es 0.028 es menor que 0.05

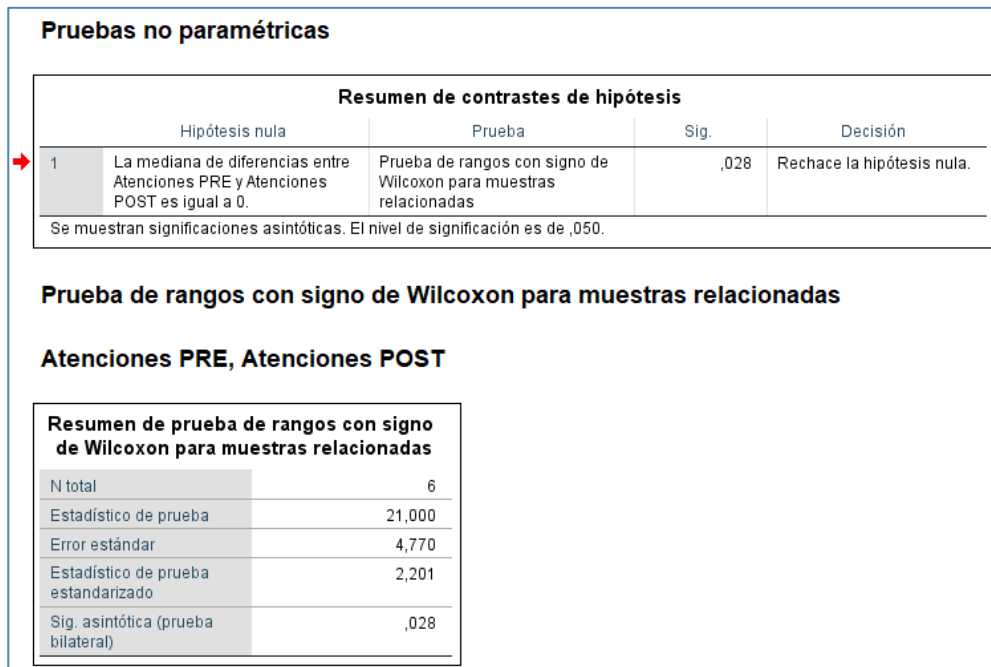


Figura 48: Prueba de Wilcoxon muestras emparejadas. SPSS

Como se aprecia, el estadígrafo de Wilcoxon es de 21,000 y el valor de p (Sig. Asintótica prueba bilateral) es 0,028 menor que 0.05 por lo que se rechaza la

hipótesis nula y se acepta hipótesis alterante H_1 concluyendo que el Número de atenciones antes de la implementación de un programa de salud privado \neq difiere significativamente del Número de atenciones después de la implementación del programa de salud privado, a un nivel de significancia del 5%.

Esta es una prueba no paramétrica, la cual se utiliza como alternativa a la t de Student, cuando no se puede suponer la normalidad de las muestras, como en este caso.

Según manifiestan los autores Rodríguez, Gutiérrez y Pozo, “ésta es la más potente de su categoría y una buena alternativa de la prueba T para dos grupos relacionados, contempla también la magnitud de las mismas”. (Sabiote, Perez, & Llorente, 2007)

Por todo lo antes expuesto se evidencia claramente que la implementación de un programa de salud privado familiar para bodegueros tuvo un efecto positivo y significativo con un incremento en el número promedio de atenciones.

- ✓ **La Hipótesis 03: Si se implementa un tarifario según volumen de atención, se reduce el precio de atenciones de salud**

- **Prueba paramétrica Pre y Post Test**

H₀: El Precio de atenciones en la Población tiene distribución normal

H₁: El Precio de atenciones en la Población No tiene distribución normal

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Prueba de Kolgomorov Sminnov y Shapiro Wilk

En la Tabla 12 se observan las muestras pre y post que se analizaron, en la que se distingue los precios promedios en las atenciones, que en el año 2018 fue de 131.06 soles, y que luego de la muestra tomada en el año 2019 esta cantidad se redujo 43.49 soles, es decir en un 67% menos.

Tabla 12:
Información de muestras pre y post

PRECIOS PROMEDIO DE LAS ATENCIONES EN SALUD EN SOLES				
CENTROS ASISTENCIALES (CA)	AÑO 2018	AÑO 2019	Variación	%
CLÍNICAS MG	192.50	30.67	-162	-84%
CLÍNICAS ESPECIALIZADA	255.00	41.67	-213	-84%
POLICLÍNICOS MG	60.90	49.00	-12	-20%
POLICLÍNICOS OD	67.95	53.75	-14	-21%
CONSULTORIOS MG	98.33	40.36	-58	-59%
CONSULTORIOS OD	111.67	45.50	-66	-59%
Total	131.06	43.49	-88	-67%

Fuente: Elaboración propia

El Número de Centros Asistenciales se distribuye en la Población Normalmente.

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk por que la muestra es pequeña, ya que es menor a 50, de donde se desprenden los siguientes resultados: Tabla 13

Tabla 13:
Resumen de procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de Casos							
		Valido		Casos Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
PRECIOS	PRE	6	100%	0	0%	6	100%
PRECIOS	POST	6	100%	0	0%	6	100%

Fuente: SPSS

En la Figura 49 se ve la prueba de Shapiro Wilk que, el sig en las muestras Antes de la implementación de la implementación de un programa de salud privado y Después de la implementación de un programa de salud privado son mayores que 0.05 así tenemos

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
→ Precio PRE	,266	6	,200*	,878	6	,262
Precio POST	,180	6	,200*	,977	6	,936

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
a. Corrección de significación de Lilliefors

Figura 49: Pruebas de normalidad. SPSS

Muestra Antes de la implementación de un programa de salud privado el sig es $0.262 > 0.05$

Muestra Después de la implementación de un programa de salud privado sig es $0.936 > 0.05$

Por lo tanto, se llega a la conclusión que se Acepta la Hipótesis Nula (H_0) a un nivel de significancia del 0.05, por lo tanto, el Precio de atenciones en la Población tiene distribución normal

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk por que la muestra es pequeña, menor que 50.

Prueba de Hipótesis

H_0 : El Precio promedio por atención de salud Antes de la implementación de un programa de salud privado = Precio promedio por atención de salud Después de la implementación de un programa de salud privado

H_1 : El Precio promedio por atención de salud Antes de la implementación de un programa de salud privado \neq difiere significativamente del Precio promedio por atención de salud Después de la implementación de un programa de salud privado

Nivel de significancia $\alpha=0.05$

Prueba de t-Student

Decisión

Si sig de la prueba es menor que <0.05 entonces se rechaza H_0

Si sig de la prueba es mayor que > 0.05 entonces H_0 se Acepta

▪ **Contrastación de Hipótesis**

En la Figura 50 se observa la prueba de T Student que el sig es 0.048 es menor que 0.05

Prueba T

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	Precio PRE	131,0583	6	76,79639	31,35200
	Precio POST	43,4901	6	7,96549	3,25190

Correlaciones de muestras emparejadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	Precio PRE & Precio POST	6	-,649	,163

Prueba de muestras emparejadas									
		Diferencias emparejadas							
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Precio PRE - Precio POST	87,56825	82,18815	33,55317	1,31708	173,81943	2,610	5	,048

Figura 50: Prueba T de Student. SPSS

Por lo tanto, se llega a la conclusión que se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) a un nivel de significancia del 0.05, y se acepta la H_1

El Precio promedio por atención de salud Antes de la implementación de un programa de salud privado difieren (\neq) significativamente del El Precio promedio por atención de salud Después de la implementación del programa de salud privado.

Por todo lo antes expuesto se evidencia claramente que la implementación de un programa de salud privado familiar para bodegueros tuvo un efecto positivo y significativo con una disminución significativa en los precios promedio de las atenciones de salud de la zona de Los Olivos.

✓ **Resumen de resultados**

En esta parte se ve el resumen de los resultados de las hipótesis, variables los indicadores que se usaron, para luego contrastarlos a través de un pre y un post test, observando detalladamente los resultados de la implementación del programa de salud privado familiar. Ver Tabla 14

Tabla 14:
Resumen de resultados

Hipótesis Especifica	Variables Independiente	Variables Dependiente	Indicador VD	Pre- Test	Post- Test	Diferencia
1	Red de salud	oferta de salud	Número de centros asistenciales frecuentados anual	18	38	20 111.10%
2	Aplicativo informático	Atenciones de salud	Número de atenciones de promedio de salud por mes	18.2	49.2	31 171%
3	Tarifario según volumen de atención	Precio de las atenciones de salud	Precio promedio en soles de las atenciones en salud	S/131.06	S/43.49	S/87.57 67%

Fuente: Elaboración: Propia

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

✓ Conclusiones

Al implementar el programa de salud privado familiar para mejorar la atención de salud de los bodegueros, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Luego de la implementación de una red de centros asistenciales, con la finalidad de incrementar la oferta de salud, se vio aumentado el número de centros asistenciales frecuentados por los bodegueros de la zona de Los Olivos, del año 2018, que en el análisis previo es decir, en el pretest, fue de 18 centros asistenciales frecuentados como lo son en este caso policlínicos, consultorios particulares y clínicas.
2. Luego en el análisis post test fue de 38, es decir en 20 centros asistenciales que ahora son frecuentados, que en términos porcentuales es de 111% al año 2019.
3. Al implementar un aplicativo informático (app) de citas para aumentar las atenciones de salud, estas se acrecentaron del 2018 al 2019 en 31, es decir el 171%. Por lo tanto con el apoyo de esta importante herramienta utilizada se pudo lograr este resultado positivo, ya que permitió a los usuarios que tuviesen facilidad y confianza al solicitar atenciones.
4. Con la implementación de un tarifario por volumen de atención, se obtuvo como resultado la reducción de los precios en las atenciones de los centros de salud afiliados a este programa, en donde se obtuvo como resultado una importante disminución del año 2018 al 2019 de 87 soles, es decir el 67%.
5. Implementar un programa de salud privado familiar para mejorar la cobertura de salud de los bodegueros a traído como resultado bienestar y confianza, de poder contar con una alternativa privada a sus requerimientos de salud

6. El implementar un programa de salud privado para mejorar la atención de salud de los bodegueros del distrito de Los Olivos, ha dado como resultado la mejora en la cobertura de atención de salud de este importante sector.

7. Las herramientas informáticas como son los aplicativos móviles y las páginas web redundan en dar facilidad, comodidad y confianza a los usuarios, por otro lado el saber que cuentan con un programa de salud privado para su bienestar realizando convenios, manteniéndolos informados, velando por precios al alcance de sus bolsillos es un valor agregado en lo que respecta a la responsabilidad social, que hoy más que nunca necesitamos en nuestra sociedad, para poder alcanzar un desarrollo sostenido .

✓ **Recomendaciones**

1. El presente trabajo de investigación se realizó principalmente pensando en mejorar nuestro sistema de salud, el cual como es ampliamente conocido, no es lo suficiente ni eficiente.
2. Este es el motivo por el cual se recomienda mantener el presente programa privado para atender a los bodegueros, y para que exista una constante mejora, principalmente de parte de los futuros estudiantes o egresados que tengan interés en este tipo de proyectos que tienen un gran componente de responsabilidad social.
3. Desde el punto de vista académico se invita a la comunidad universitaria, así como a sus egresados, a continuar con este estudio y llevarlo a cobertura otros segmentos, como lo son ya no solo los bodegueros, también debemos de incluir a todo comerciante independiente, los que tienen sus puestos en los mercados de abastos, ferreterías, licorerías, etc., en vista que es de un invaluable apoyo hoy más que nunca para fortalecer nuestro sistema de salud.
4. Desde el punto de vista práctico se recomienda que sea aplicado a nivel nacional ya que de una u otra forma es posible replicarlo en todo lo que es Lima Metropolitana en un mediano plazo, tomando en consideración que Lima alberga prácticamente a la tercera parte de la población de nuestro país, y es principalmente en las provincias en donde se tienen muchos más problemas de inclusión en salud.
5. Se le hace un llamado también a las clínicas privadas y otras instituciones de la salud, a sumarse a esta propuesta que en verdad contribuye en la mejora de la calidad de vida de nosotros los peruanos y principalmente de aquellos que no cuentan con un trabajo formal y con ingresos de manera regular.
6. Por otro lado también se le hace un llamado al sector público, a tomar en cuenta este tipo de programas para ponerlos en práctica principalmente en los

lugares alejados, en poblados y todos los rincones en donde es sumamente complicado y difícil el acceso a los servicios de salud.

REFERENCIA

Bibliografía

- ALCALDE, E., & LAZO GONZALES, O. Y. (2011). *SISTEMA DE SALUD DEL PERU*.
- Alonso, A., Artime, I., Rodríguez, M., & Baniello, R. (2011). *Dispositivos móviles*. Oviedo España: EPSIG ing. Telecomunicación Universidad de Oviedo.
- Alosilla-Velazco R., L. P.-F. (2000). *Tesis sobre planeamiento estratégico del sector salud privada en Lima*. Lima.
- Alosilla-Velazco R., L. P.-F. (2012). *Tesis sobre planeamiento estratégico del sector salud privada en Lima*. Lima.
- Baena Gracia, V. (2010). *Instrumentos de marketing: decisiones sobre producto, precio, distribución, comunicación y marketing directo*. Barcelona: Editorial UOC.
- BELAUSTEGUIGOITIA. (2012). *EMPRESAS FAMILIARES, DINÁMICA, EQUILIBRIO Y CONSOLIDACIÓN*.
- BID DESARROLLO, B. I. (2014). *Planes de Beneficios en Salud en América Latina, Una comparación Regional*. WASHINGTON USA.
- Cadena Lozano, J. (2011). *La teoría económica y financiera del precio: dos enfoques complementarios*. Bogotá: Publicación Criterio Libre Universidad Libre Colombia.
- Cadena Lozano, J. (2011). *La teoría económica y financiera del precio: dos enfoques complementarios*. Bogotá Colombia: Publicación criterio libre universidad libre colombiam vol 9 No 15.
- Cañoli, A., & Manuel, C. (2013). *Metodología para clasificar a los afiliados al seguro de una clínica privada según sus atenciones en el uso de su seguro*. Lima: Editorial Universidad nacional de ingeniería.
- Cavero Almenara, J., & Llorente Cejudo, M. (2015). *Tecnologías de la información y la comunicación TIC; escenarios formativos y teorías del aprendizaje*. *Lasallista Invest vol 12*, 186,193.

- CHOY LI, A. (2015). *ASOCIACIÓN DE BODEGUEROS DEL PERÚ*. LIMA PERÚ.
- CORDERO, Z. R. (2009). *LA INVESTIGACIÓN APLICADA: UNA FORMA DE CONOCER LAS REALIDADES CON EVIDENCIA CIENTÍFICA*. COSTA RICA.
- Cuello, J., & Vittone, J. (2013). Diseñando apps para móviles. *Diseñando apps para móviles*, 14.
- Decreto supremo 245-89-EF. (6 de Noviembre de 1989). *Diario oficial El Peruano*.
- Droznes, L. (2005). *Manual para un plan de negocios*. Buenos Aires: Unitexto.
- Dulzaides Iglesias, M., & Molina Gómez, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2)1-1.
- Dwyer, R., & Tanner, J. (2007). *Marketing industrial*. Madrid España: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Fisher, L., & Espejo, J. (2004). *Mercadotecnia*. México: Mc Grow Hill.
- Fombona Cadavieco, J., Pascual Sevillano, M., & Ferreyra Amador, M. (2012). Realidad aumentada, una evolución de las aplicaciones de los dispositivos móviles. *Pixel - Bit. Revista de medios y Educación*.
- García Núñez, L. J. (1999). *Seguros de salud público y privados .El caso chileno*. Lima: Revista Economía fondo editorial- pontificia universidad católica del Perú.
- Gasca Mantilla, M., Camargo Ariza, L., & Medina Delgado, B. (2014). *Metodología para el desarrollo de aplicaciones móviles*. Bogotá: TECNURA Universidad distrital Francisco José de Caldas.
- Gil, E. (2002). *Identidad y nuevas tecnologías*. Colombia: Mac Graw Hill.
- Gómez Gómez, M., Danglot Bank, C., & Vega Franco, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuando usarlas. *70 (2)*, 91-99.
- Gregory Mankiw, N. (1997). *Principios de Economía*. Monterrey México: Harvard university - tecnológico de monterrey.
- Hoyo, A. A. (2015). *El precio de mercado: ejemplos de aplicación en el análisis histórico*. Santander España: Editorial de la Universidad de Caantabria.

- i Encuentra, E. (2013). *Salud y red*. Barcelona: Editorial UOC.
- JIMENEZ. (2014). *WORKING PAPER*. UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS.
- JIMENEZ. (2014). *WORKING PAPER*. CHILE: UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS.
- Juarez, F. (2018). *Principios de marketing*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Kerin, R., Berkowitz, E., Hartley, S., & Rudelius, W. (2004). *Marketing*. México: MacGraw Hill.
- Khan, M. (2014). El concepto de marketing mix y sus elementos (un artículo de revision conceptual). *Revista internacional de información, negocios y gestión*, 6 (2), 95.
- Kotler, P. (2002). *Dirección de marketing conceptos esenciales*. Madrid España: Pearson Educación.
- Kotler, P., & Lane Keller, K. (2016). *Dirección de marketing*. México: Pearson Educación México.
- Kotler, P., Armstrong, G., Camara, D., Cruz, I., & Hall, P. (2004). *Marketing*.
- Lamb, C., Hair, j., & Mc Daniel, C. (2006). *Marketing 8va edición*. Monterrey México: CENGAGE Learning.
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinoza-Henao, M. (2016). *El sistema de salud en el Perú. Situación y desafíos*. Lima.
- Luck, D. C. (2006). *Estrategias de Implementación del AUS en Asociación de Clínicas Privadas*. Lima Perú.
- Madueño Dávila, M., & Sanabria Montañez, C. A. (2003). *Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020*. Bethesda MD: Proyecto Socios para la Reformaplust del Sector salud, Abt Associates Inc.
- MAGAZINE, P. (s.f.). *REVISTA TECNOLÓGICA INFORMÁTICA*.
- MAPFRE. (2011). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Papel del Seguro Privado -La Salud y su Aseguramiento en Argentina, Colombia, Chile y España-*. MADRID, ESPAÑA.

- MDA. (2015). *estudios sobre bodegas de lima*.
- Méndez, E. V. (2013). *Las Redes de Atención de Salud*. Brasilia.
- Merino, A. J. (2017). *DEFINICIONES*. ESPAÑA.
- Mesa Holguin, M. (2012). *Fundamentos de marketing*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- METROPOLITANA, M. D. (2020). *PORTAL WEB SISOL*.
- MEZA, H. S. (2015). *METODOLOGÍA Y DISEÑOS DE LA INVESTIGACIÓN*. LIMA: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA.
- MINSA. (2002). *Aspectos teórico conceptuales para la organización de la oferta de servicios de salud*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2018). *Diplomado de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria (DPROFAM)*. LIMA PERÚ: ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
- Monferrer Tirado, D. (2013). *Fundamentos de marketing*. Castelló de la plana, España: Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.
- Montiel Vallvé, A. (2017). *El mobile marketing y las apps: como crear apps e idear estrategias de mobile marketing*. Barcelona: Editorial UOC.
- MX, E. D. (2016). *Plan de salud (Obra de Salud)*. México: Editorial Definición MX.
- MX, E. D. (2016). *PLAN DE SALUD (OBRA DE SALUD)*. MÉXICO: EDITORIAL DEFINICIÓN MX.
- OIT, C. Y. (2014). *Hacia un desarrollo inclusivo el caso Perú*.
- OMS. (2014). *COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD*. ARGENTINA.
- Ortiz Velásquez, M., Gonzales Ortiz, D. J., & Giraldo Oliveros, M. (2015). *Marketing: conceptos y aplicaciones*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Ortiz Velásquez, M., Gonzales Ortiz, D., & Giraldo Oliveros, M. (2015). *Marketing: conceptos y aplicaciones*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Ortiz Velásquez, M., Gonzales Ortiz, D., & Giraldo Oliveros, M. (2015). *Marketing: conceptos y aplicaciones*. Barranquilla: Universidad del norte.



- Peña Vera, T., & Pirela Morillo, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, cultura y sociedad*, (16), 55-81.
- Pérez Castro y Vásquez, J. (2013). *Seguridad del paciente al alcance de todos*. México: Editorial Alfil S.A. de C. V.
- Pérez Castro, & Vásquez, J. (2013). *Seguridad del paciente al alcance de todos*. México: Editorial Alfil S.A. de C.V.
- Peruano, D. o. (5 de Diciembre de 2018). Normas legales. (E. Perú, Ed.) *Ley del Bodeguero*.
- PUEBLO, D. D. (2013). *Camino al Aseguramiento Universal*. LIMA PERÚ.
- Raffino, M. E. (2020). *Como citar: Sistema de información*. Argentina.
- Ramirez Padilla, D. (2008). *Contabilidad administrativa*. México: Mc Graw Hill.
- RAYNALD, P., & CAROLE, D. (1987). *PLANIFICACIÓN SANITARIA; CONCEPTOS, MÉTODOS, ESTRATEGIAS*. BARCELONA: MASSON SA.
- Rojas, E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y salud en Mesoamérica*, 7.
- Rosas Munive, M. D. (2009). *Educación para la salud*. México: Pearson.
- Rosas Prieto, A., Zarate, V. N., & Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la atención primaria de salud. *Acta medica peruana vol 30 num 1*, 42,47.
- Sabiote, C., Pérez, J., & Llorente, T. (2007). *Fundamentos conceptuales de las principales pruebas de significación estadística en el ámbito educativo*. LISLL Ed. Grupo editorial universitario.
- SALUD, M. D. (2011). *MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD*. LIMA PERÚ.
- SALUD, O. M. (2011). *MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD*.
- SALUD, O. M. (2014). *COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD*.
- salud, O. p. (2010). Redes Integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas. *La renovación de la atención primaria de salud en las américas No 4*, 31.

- SALUD, O. P. (2019). *REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA*. OPS.
- salud, S. d. (2005). *Anuario Sistema de entidades prestadoras de salud*. Lima Perú: Editorial Imprenta Cadillo.
- Sampietri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF: Mac Graw Hill.
- Sánchez-Moreno, F. (2014). *El sistema nacional de salud en el Perú*. Lima: Revista peruana de medicina experimental y salud pública.
- Santamaria Puerto, G., & Hernández Rincón, E. (2015). *Aplicaciones médicas móviles: definiciones, beneficios y riesgos*. Barranquilla: Salud Uninorte.
- Stanton, W., Etzel, M., & Walker, B. (2004). *Fundamentos de marketing*. México: Mc Graw Hill.
- Tentori, D. V. (2015). *EXTENSIÓN DE LA COBERTURA, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD: DEFINICIONES Y CONCEPTOS*. MÉXICO: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OSP.
- Toro, J. M., & Villanueva, J. (2017). *Marketing estratégico*. Pamplona España: EUNSA.
- Tovar, F. (2013). *Políticas de salud centradas en la familia y la comunidad*. Buenos Aires: Fundación Konrad Adenauer.
- Uninorte, R. S. (1990). Volumen 6-7 No 2. *Revista Salud Uninorte*, 86.
- Valdez, D. P. (2007). *Que son las bases de datos*.
- Valera Arnanz, M. (2017). *Planes de salud*. Zaragoza, España: Servet editorial-Grupo Asis Biomédica S.L.
- Vargas Domínguez, A., & Palacios, A. P. (2015). *Educación para la salud*. México D.F.: Grupo Editorial Patria.
- Velásquez, A. (2012). *Tesis planeamiento estratégico*. Lima.

ANEXOS


Anexo 1: Declaración de Autenticidad

A continuación, se muestra el formato de autenticidad y no plagio.

 UNIVERSIDAD RICARDO PALMA	Escuela de Posgrado
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO	
DECLARACIÓN DEL GRADUANDO	
Por el presente, el graduando: (Apellidos y nombres)	
Donohue Palacios Enrique Donato	
en condición de egresado del Programa de Posgrado:	
Maestría en Administración de Negocios.	
deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:	
Implementación de un Programa de Salud Privado Familiar para mejorar la cobertura de atención de los Bodegueros del distrito de Los Olivos - Lima.	
<p>Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.</p> <p>Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.</p> <p>Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.</p> <p>En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.</p>	
 Firma del graduando	28-Feb-2020 Fecha

Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación

A continuación, se muestra el formato de autorización para realizar la investigación.

	UNIVERSIDAD RICARDO PALMA	Escuela de Posgrado
AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN		
DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN		
Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:		
Diseño de un Plan de Salud Privado Familiar y su influencia en los Bodegueros del Sector Norte de Lima Metropolitana.		
el mismo que es realizado por el Sr. / Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):		
Donohue Palacios Enrique Donato		
en condición de estudiante – investigador del Programa de:		
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS		
Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.		
En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:		
Nombre de la empresa: ASOCIACIÓN DE BODEGUEROS DEL PERÚ	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI NO
Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: Choy Li Andrés Donato	Cargo del Jefe/Responsable del área: Presidente	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 01 400 80 10	Correo electrónico de la empresa: andres.choy@asociaciondebodegueros.com.pe	
ASOCIACIÓN DE BODEGUEROS DEL PERÚ ----- ANDRÉS A. CHOY LI Presidente Firma		08 / Feb. / 2020 Fecha

Anexo 3: Matriz de consistencia

A continuación, se presenta la Matriz de Consistencia utilizada en la investigación del estudio. Ver Tabla 15

Tabla 15:
Matriz de consistencia

Problema Principal	Objetivos General	Hipótesis General	Variables Independiente	Indicador V.I.	Variables Dependiente	Indicador V.D.
¿Cómo mejorar la cobertura de atención de salud de los bodegueros del distrito de Los Olivos?	Implementar un plan de salud privado para mejorar la cobertura de salud de los bodegueros.	Si se implementa un programa de salud privado, entonces se mejora la cobertura de atención en salud de los bodegueros de Los Olivos.	Programa de Salud Privado Familiar	Si / No	Cobertura de Atención en Salud	---
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas				
¿Cómo mejorar la oferta en salud?	Implementar una red de centros asistenciales para incrementar la oferta de salud.	Si se implementa una red de salud de centros asistenciales, se mejora la oferta de salud.	Red de centros asistenciales	Si / No	Oferta de Salud	Número de centros asistenciales disponibles para atenciones
¿Cómo incrementar las atenciones de salud?	Implementar un aplicativo informático de citas para incrementar las atenciones de salud.	Si se implementa un aplicativo informático de citas, se incrementa las atenciones de salud.	Aplicativo informático de citas.	Si / No	Atenciones de salud	Número de atenciones de salud por mes
¿Cómo reducir el precio de las atenciones de salud?	Implementar tarifario por volumen de atención para reducir el precio de atenciones de salud.	Si se implementa un tarifario por volumen de atención, se reduce el precio de atenciones de salud.	Tarifario según volumen de atención.	Si / No	Precio de las atenciones de salud	Precio promedio en soles de las de las atenciones de salud.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4: Matriz de Operacionalización

A continuación, se presenta la Matriz de Operacionalización utilizada en la investigación del estudio. Ver Tabla 16

Tabla 16:
Matriz de Operacionalización

Variable Independiente	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional
Red de centros asistenciales	Si / No	Organizaciones de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí, por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria de salud - proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad - y con responsabilidades sanitaria y económica y generando valor para la población. (Mendez, 2013)	Afiliar organizaciones especializadas en servicios de salud privada para incrementar su oferta de servicios.
Aplicativo informático de citas.	Si / No	Es un programa informático creado para llevar a cabo o facilitar una tarea en un dispositivo informático. Cabe destacar que aunque todas las aplicaciones son programas, no todos los programas son aplicaciones. (MAGAZINE)	Implementar un aplicativo o sistema a través de la informática para facilitar los procesos de solicitud de servicios de salud.
Tarifario según volumen de atención	Si / No	La tarifa es el precio que pagan los usuarios o consumidores de un servicio público al Estado o al concesionario a cambio de la prestación del servicio. En principio esta tarifa la fija el concesionario libremente.	Implementar un tarifario competitivo de los servicios a través de la atención por volumen de pacientes realizando convenios.
Variable Dependiente	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional
Oferta de salud	Número de centros asistenciales disponibles para atenciones.	Cantidad de centros de salud privados disponibles y afiliados en la zona de influencia estudiada, en este caso en el distrito de LOS OLIVOS.	Se refiere a la disponibilidad de cada uno de los centros de salud privado
Atenciones de salud.	Número de atenciones de salud por mes.	Es la cantidad de atenciones que se realizan en un mes por los centros de atención de salud de la zona.	Se refiere al número de atenciones a través del app
Precio de las atenciones de salud	Precio promedio en soles de las atenciones de salud.	Precio promedio. Es un promedio ponderado por volumen, de los precios de cada una de las operaciones realizadas durante un periodo de tiempo definido. Y es considerado como el precio de cierre en sustitución del precio del último hecho.	Se refiere al precio o tarifa que se establece con la afiliación del centro de salud.

Fuente: Elaboración propia