Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Ingeniería Industrial
Unidad de Posgrado

Modelo estratégico de innovación disruptiva del sector salud: caso clínicas minoristas (retail salud)

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Gestión de Empresas

AUTOR

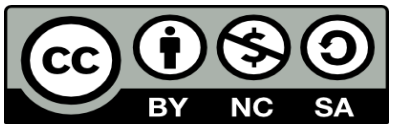
Gustavo Vladimir BRAVO ORELLANA

ASESOR

Dr. Oscar Rafael TINOCO GÓMEZ

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Bravo, G. (2025). *Modelo estratégico de innovación disruptiva del sector salud: caso clínicas minoristas (retail salud)*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ingeniería Industrial, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Gustavo Vladimir Bravo Orellana
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10541754
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2227-3213
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Oscar Rafael Tinoco Gómez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	O8606920
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2548-2160
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Francisco Javier Wong Cabanillas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07564428
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Jorge Luis Inche Mitma
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	O7506203
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Pedro Pablo Rosales López
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10419269

Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	Ernesto Altamirano Flores
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	80597422
Datos de investigación	
Línea de investigación	9. Gestión organizacional sostenible. ODS 9: INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA. C.17.0.9
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional mayor de San Marcos País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Calle: Germán Amezaga 325 Latitud: -12.05819 Longitud: -77.01891
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 – 2025
URL de disciplinas OCDE	Negocios, Administración https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.02.04 Políticas de salud, Servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02

UNIVERSIDAD NACIONAL
MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA

UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN Nº032-UPG-FII-2025

SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN GESTIÓN DE EMPRESAS

En la ciudad de Lima del día viernes cinco del mes de diciembre del año dos mil veinticinco, siendo las diez horas, se instaló el Jurado Examinador para la Sustentación de la Tesis titulada: **"MODELO ESTRATÉGICO DE INNOVACIÓN DISRUPTIVA DEL SECTOR SALUD: CASO CLÍNICAS MÍNORISTAS (RETAIL SALUD)",** presentado por el **Mg. GUSTAVO VLADIMIR BRAVO ORELLANA,** para optar el Grado Académico de Doctor en Gestión de Empresas.

Luego de la exposición y absueltas las preguntas del Jurado Examinador se procedió a la calificación individual y secreta, habiendo sido APROBADO con la calificación de DIECINUEVE (19) EXCELENTE.

El Jurado recomienda que la Facultad acuerde el otorgamiento del Grado Académico de Doctor en Gestión de Empresas al **Mg. GUSTAVO VLADIMIR BRAVO ORELLANA.**

En señal de conformidad, siendo las 1:30 **horas** se suscribe la presente acta en cuatro ejemplares, dándose por concluido el acto.

DR. FRANCISCO JAVIER WONG CABANILLAS
Presidente

DR. JORGE LUIS INCHE MITMA
Miembro

DR. PEDRO PABLO ROSALES LÓPEZ
Miembro

DR. ERNESTO ALTAMIRANO FLORES
Miembro

DR. OSCAR RAFAEL TINOCO GÓMEZ
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **OSCAR RAFAEL TINOCO GÓMEZ** en mi condición de asesor acreditado con el **DICTAMEN N°358-UPG-FII-2020** de la tesis cuyo título es: **"MODELO ESTRATÉGICO DE INNOVACIÓN DISRUPTIVA DEL SECTOR SALUD: CASO CLÍNICAS MÍNORISTAS (RETAIL SALUD)",** presentado por el magíster **GUSTAVO VLADIMIR BRAVO ORELLANA,** para optar el grado académico de **DOCTOR EN GESTIÓN DE EMPRESAS, CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma **PIDS**, el documento evaluado cuenta con el **10%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado académico de **DOCTOR EN GESTIÓN DE EMPRESAS.**

Lima, 27 de noviembre de 2025

UNMSM
Firmado digitalmente por TINOCO GOMEZ Oscar Rafael FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27.11.2025 09:26:32 -05:00

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: **OSCAR RAFAEL TINOCO GÓMEZ**
DNI: **08606920**

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Dedicatoria

A mis padres, cuyo ejemplo de vida, amor, esfuerzo y dedicación al estudio han sido siempre mi guía, inspiración y motivo para perseverar en este camino.

A mi familia, especialmente a mi esposa e hijos, por su apoyo incondicional, comprensión constante y por ser la fuente de amor y el sentido profundo de mi existencia.

Agradecimientos

Al Dr. Oscar Tinoco, mi asesor, por su valiosa orientación, dedicación y perseverancia a lo largo de esta investigación, cuyo acompañamiento fue fundamental para la culminación de este trabajo.

A la Dra. Karol Moore, por sus enseñanzas, guía y constante apoyo, que enriquecieron mi formación y aportaron claridad en momentos decisivos.

A los profesores y maestros del Doctorado, cuya apertura, vocación y compromiso con la enseñanza hicieron posible este proceso académico y contribuyeron de manera significativa a mi desarrollo profesional y personal.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN **1**
ABSTRACT **2**
CAPITULO I INTRODUCCIÓN **3**
1.1 Situación Problemática 4
1.2 Formulación del problema 14
1.2.1 Problema General 14
1.2.2 Problema Específicos 14
1.3 Justificación de la Investigación 16
1.4 Objetivos de la Investigación 19
1.4.1 Objetivo General 19
1.4.2 Objetivos Específicos 19
CAPITULO II MARCO TEORICO **21**
2.1 Antecedentes de Investigación 21
2.2 Marco Epistemológico 31
2.1.1 Evolución de la Teoría Estratégica y el enfoque de Recursos y Capacidades 34
2.1.2 Teoría de los Recursos y las Capacidades de la empresa 37
2.1.2 La Gestión del Conocimiento y la Innovación 40
2.1.3 Capacidades, Ventaja Competitiva e Innovación 42
2.3 Bases Teóricas 44
2.3.1 Innovación 44
2.3.2 Tipos de innovación 47
2.3.2.1 Innovación según su naturaleza. 51
2.3.2.2 Innovación según el grado de novedad 52
2.3.2.3 Innovación según el objeto 52
2.3.2.4 Innovación según el impacto de la innovación 53
2.3.2.5 Innovación según la gestión 54
2.3.2.6 Innovación según la estrategia 55

2.3.2.7 Innovación según su impacto económico y social 57
2.3.2.8 Innovación de apoyo (incrementales) e Innovación disruptiva .. 58
2.3.3 Modelos para la Innovación 59
2.3.3.1 Modelos Estáticos 59
2.3.3.2 Modelos Dinámicos 66
2.3.4 Teoría de la Innovación Disruptiva 69
2.3.4.1 Evolución de Innovación Disruptiva 70
2.3.4.2 Definición de la Innovación Disruptiva 83
2.3.4.3 Características de la Innovación Disruptiva 85
2.3.4.4 Tipos de Innovación según la Teoría de la Innovación Disruptiva ... 85
2.3.5 El modelo de la Innovación Disruptiva 89
2.3.6 Modelo tridimensional de Innovación disruptiva 91
2.3.7 Controversias, mejoras adicionales y aportes a la teoría de la innovación disruptiva 93
2.3.8 La Tecnología y la innovación disruptiva de negocios 98
2.3.9 Las innovaciones disruptivas de modelos de negocio 100
2.3.9.1 Modelo de Negocios 100
2.3.9.2 Modelo de Negocios Disruptivos 103
2.3.10 Elementos Habilitadores de la Innovación Disruptiva 105
2.3.11 Barreras para la innovación disruptiva en el sistema de salud 108
2.3.12 La crisis de la atención médica y la innovación disruptiva 115
2.3.13 Modelo innovador de atención de salud 118
2.3.13.1 Tipos de modelos de negocio en el Sistema de Salud 118
2.3.13.2 La Atención Primaria de Salud 119
2.3.13.3 El modelo de negocios innovador disruptivo de las clínicas minoristas (Retail clinic) 123
2.3.13.4 Clínicas Minoristas en Latinoamérica y el Perú 129
2.3.14 Las tendencias en salud: el nuevo paradigma centrado en el usuario 132
2.4 Marco conceptual 135
2.4.1 Innovación Disruptiva 135
2.4.2 Satisfacción del usuario de Atención Primaria de Salud (APS) 136
2.4.3 Consumerismo en Salud 137
2.4.4 Potencial mercado nuevo (new market) para la innovación disruptiva 138
2.4.5 Potencial mercado de gama baja para la innovación disruptiva 139

2.4.6 Regulación que facilita el cambio disruptivo 140
2.4.7 Tecnología Disruptiva en Salud 141
2.4.8 Modelo de Negocios Disruptivo Low-Cost 142
2.4.9 Ventaja Competitiva 144
2.4.10 Fuentes de Conocimiento Externa 144
CAPITULO III METODOLOGÍA 145
3.1 Hipótesis General (H1) 145
3.2 Hipótesis Específicas: 145
3.3 Identificación de Variables 147
3.4 Operacionalización de Variables 148
3.5 Matriz de Consistencia 154
3.5 Modelo Propuesto "Marco de Factores habilitadores de la Innovación Disruptiva Retail Clinic" 157
Hipótesis General (H1) 157
Hipótesis Específicas: 157
3.6 Tipo y Diseño de Investigación 161
3.7 Unidad de Análisis 163
3.8 Población de Estudio 163
3.9 Marco Muestral 163
3.10 Tamaño de muestra 163
3.11 Selección de la muestra 165
3.12 Técnicas de recolección de datos 166
3.13 Análisis e interpretación de la información 168
3.14 Justificación de la técnica estadística 172
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN 176
4.1 Características demográficas de los encuestados 176
4.2 Validación del Instrumento de Medición 177
4.3 Análisis multivariante 180
4.4 Análisis Multivariante - Primera Etapa: Evaluación del Instrumento de Medida 182
4.5 Análisis Multivariante - Segunda Etapa: Evaluación del Modelo Estructural 188
4.6 Discusión 196
CONCLUSIONES 206
RECOMENDACIONES 211
CAPITULO VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 214

ANEXOS **251**
Anexo 1 Cuestionario **251**
Anexo 2 Validación de Jueces **255**
Anexo 3 Resultado juicio de expertos – Aplicación de la Prueba V- de Aiken **259**
Anexo 4 Propuesta de Modelo de Negocios **264**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Usuarios de Consulta Externa por Subsector según Problemas de Atención de Salud 7
Tabla 2.1 Resumen de las definiciones de Innovación Disruptiva y su evolución 78
Tabla 2.2 Perspectivas sobre Innovación Disruptiva 80
Tabla 2.3 Principales características de la innovación disruptiva 86
Tabla 2.4 Los seis pilares para Modelos Innovadores de Prestación de Asistencia Sanitaria 113
Tabla 3.1 Variables e hipótesis del modelo propuesto 157
Tabla 4.1 Características demográficas de los encuestados 176
Tabla 4.2 Dimensiones y variables seleccionadas 179
Tabla 4.3 Fiabilidad y validez de constructo 183
Tabla 4.4 Cargas externas 183
Tabla 4.5 Análisis Validez Discriminante – HTMT 184
Tabla 4.6 Análisis Validez Discriminante – HTMT 187
Tabla 4.7 Análisis colinealidad (VIF) 189
Tabla 4.8 Path coeficients List (Coeficientes de rutas) 190
Tabla 4.9 Valores t de los Coeficientes de ruta; Valores p (Bootstrapping) 191
Tabla 4.10 Análisis del R2 191
Tabla 4.11 Análisis del R^2 significancia estadística p-values (bootstrapping) 192
Tabla 4.12 Resultado del contraste de las hipótesis del modelo 194

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 2.1. Evolución de la Teoría de la Estrategia 36
Fig.2.2 Cronología de principales aportes de la Teoría de los Recursos y Capacidades 39
Fig.2.3 Marco práctico para el análisis estratégico basado en la Teoría de Recursos y Capacidades 40
Fig. 2.4 Construcción de una ventaja competitiva a partir de la creación de conocimiento 41
Fig. 2.5 Definiciones de Innovación y autores 46
Fig. 2.6 Tipos de Innovación y autores 48
Fig. 2.7 Impacto de la innovación 53
Fig. 2.8 Innovación según la estrategia 56
Fig. 2.9 Modelo de Albernathy-Clark 61
Fig. 2.10 Modelo de Henderson-Clark 63
Fig.2.11 Modelo de Teece 65
Fig. 2.12 Modelo de Innovación del Ciclo de Vida 68
Figura 2.13 La curva S y la discontinuidad tecnológica 69
Fig. 2.14 Cronología de antecedentes teóricos de la tecnología disruptiva 72
Fig. 2.15 Cronología de antecedentes teóricos de la innovación disruptiva 76
Fig. 2.16 El surgimiento de la teoría de la innovación disruptiva 77
Fig. 2.17 Ilustración del proceso de innovación disruptiva 84
Fig. 2.18 Innovación disruptiva y la propuesta de valor 89
Fig. 2.19 El impacto del cambio tecnológico incremental y disruptivo 90
Fig. 2.20 Modelo tridimensional de la innovación disruptiva 92
Fig. 2.21 Elementos habilitadores de la innovación disruptiva 105
Fig. 2.22 Niveles de Atención de Salud 121
Fig. 2.23 Niveles de Atención de Salud 124
Fig. 2.24 Razón principal para elegir una clínica minorista 125
Figura 3.1 Marco de Factores habilitadores de la Innovación Disruptiva Retail Clinic 161
Fig. 3.2 Características de diseños correlacionales -causales 162
Fig. 4.1 Estimación del modelo Path 181
Fig. 4.2 Estimación del modelo Path ajustado 188

RESUMEN

La crisis sanitaria global, caracterizada por el incremento en la demanda de servicios, limitaciones de recursos, altos costos y barreras administrativas, exige modelos de salud más eficientes e innovadores. Las *retail clinics* (clínicas minoristas) surgen como una solución disruptiva, al integrar accesibilidad, calidad y costos razonables mediante tecnologías innovadoras. Esta investigación propone un marco de factores relacionados con la innovación disruptiva en la implementación de *retail clinics* en el sector salud peruano.

Objetivo: Identificar la influencia que tiene el marco de factores relacionados con la innovación disruptiva de una propuesta de clínica minorista en el sector salud en el Perú.

Metodología: La investigación emplea un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y de tipo correlacional. Se diseñó un instrumento de encuestas tipo Likert, validado mediante juicio de expertos (V de Aiken), análisis de confiabilidad (Alfa de Cronbach) y validación de constructos (cargas factoriales, fiabilidad compuesta, AVE y HTMT en PLS-SEM), asegurándose que los ítems miden correctamente los constructos antes de analizar las relaciones estructurales.

Se analizaron 101 casos mediante modelado de ecuaciones estructurales (PLS-SEM) y se realizaron las pruebas de evaluación del modelo estructural obtenido.

Resultados: Confirmaron la validez y confiabilidad del instrumento, así como la validez, confiabilidad y poder predictivo del modelo estructural (con ajustes menores). Este estudio aporta evidencia empírica para la implementación de modelos disruptivos en salud, ofreciendo una alternativa sostenible frente a los desafíos actuales del sistema sanitario.

Palabras clave: Innovación disruptiva en salud; modelación de ecuaciones estructurales PLS-SEM; innovación *retail clinics*

ABSTRACT

The global health crisis, characterized by increased demand for services, resource constraints, high costs, and administrative barriers, demands more efficient and innovative healthcare models. Retail clinics emerge as a disruptive solution, integrating accessibility, quality, and reasonable costs through innovative technologies. This research proposes a framework of factors related to disruptive innovation in the implementation of retail clinics in the Peruvian healthcare sector.
Objective: To identify the influence of the framework of factors related to disruptive innovation on a proposed retail clinic in the healthcare sector in Peru.
Methodology: The research employs a quantitative approach, with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design. A Likert-type survey instrument was designed and validated using expert judgment (Aiken's V), reliability analysis (Cronbach's alpha), and construct validation (factor loadings, composite reliability, AVE, and HTMT in PLS-SEM). The items were ensured to accurately measure the constructs before analyzing the structural relationships.
One hundred and one cases were analyzed using structural equation modeling (PLS-SEM), and tests were conducted to evaluate the resulting structural model.
Results: The validity and reliability of the instrument were confirmed, as well as the validity, reliability, and predictive power of the structural model (with minor adjustments). This study provides empirical evidence for the implementation of disruptive models in healthcare, offering a sustainable alternative to the current challenges facing the healthcare system.

Keywords: Disruptive Innovation in healthcare; PLS-SEM Structural Equation Modeling; Innovation in retail clinics

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

El sector salud global enfrenta una crisis multifacética manifestada mediante la creciente demanda de servicios médicos, limitaciones en la infraestructura hospitalaria y recursos especializados, incrementos sostenidos en los costos de medicamentos y tecnologías, exigentes marcos legales, barreras administrativas, expansión del gasto sanitario, incertidumbre financiera futura y el fenómeno del envejecimiento poblacional.

Estas presiones estructurales están impulsando la transformación de los sistemas de salud hacia modelos más efectivos, mejor organizados y con mayor calidad asistencial, en un contexto donde la innovación y la participación social se perfilan como características definitorias.

Dichas transformaciones pueden acelerarse mediante la implementación de experiencias exitosas de modelos de prestación innovadores, sustentados en tecnologías disruptivas que optimicen la eficiencia del cuidado sanitario. Estas soluciones permitirían expandir el espectro de modalidades de atención y abrir nuevas perspectivas para el desarrollo del sector, mejorando sustancialmente la efectividad de los servicios de salud (Flessa & Huebner, 2021).

En este contexto de innovación en el sector salud, las clínicas minoristas (*retail clinic*) parecen ser una respuesta viable como una solución innovadora disruptiva que posibilita el acceso, la calidad y el costo razonable, colocándose en este sentido como la punta del iceberg en el proceso innovador disruptivo en salud, (Barnes, H., *et al* , 2023).

En el actual trabajo de investigación se planteó un marco de factores habilitadores de innovación disruptiva en el campo de la salud, específicamente en el *retail clinic* en nuestro país. El primer capítulo delimita, especifica y

profundiza el estudio de la situación problemática mediante un análisis integral de tres dimensiones clave: el estado de la atención primaria de salud en el país, los procesos de innovación dentro del sistema sanitario y, específicamente, los modelos de prestación de servicios innovadores sustentados en tecnologías disruptivas como alternativas viables para optimizar la eficiencia en la atención médica.

Se presenta la formulación del problema, detallando la naturaleza de la problemática y fundamentando la justificación de la investigación. El estudio se centra en identificar los factores habilitadores que influyen positivamente en la implementación de innovaciones disruptivas, tomando como caso de análisis una propuesta de clínica minorista (*retail clinic*) en el contexto peruano.

Posteriormente, se establecieron los objetivos específicos y las hipótesis de investigación que guiaron el proceso de indagación. Como resultado del estudio, se obtuvo un marco conceptual de factores determinantes para la innovación disruptiva en el modelo de *retail clinic* en el Perú, constituyendo el principal aporte del trabajo investigativo.

1.1 Situación Problemática

En el escenario sanitario global contemporáneo, uno de los desafíos más críticos radica en la expansión acelerada del gasto en salud, lo cual está cuestionando la sostenibilidad de los modelos sanitarios actuales. Christensen et al. (2009) destacan que en Estados Unidos el costo de la atención médica ha superado el doble de su participación en el Producto Interno Bruto (PIB). Según datos del Centers for Medicare & Medicaid Services (2018), la evolución muestra que mientras en 1960 este rubro representaba el 5% del PIB, para 2018 había alcanzado el 17.7%. Las proyecciones indican que el gasto nacional en salud continuará creciendo a una tasa promedio anual del 5.5%, llegando a representar aproximadamente $6.0 billones y alcanzando el 19.4% del PIB para el año 2027.

El mismo autor señala (Christensen et al., 2009), que los altos costos de atención médica que tienen que soportar las empresas del norte occidental especialmente de Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, les restan competitividad y que la situación de los países en desarrollo están aún peor. En consonancia con esta perspectiva, Michael Porter, al analizar el sistema sanitario estadounidense, señala que este se ve afectado por una combinación de factores críticos: costos elevados, calidad de atención desigual, frecuentes errores médicos y acceso limitado a los servicios, lo que evidencia la magnitud de la crisis (Porter & Teisberg, 2006).

En el contexto europeo, se observa una tendencia similar caracterizada por un crecimiento acelerado del gasto en salud que supera significativamente el incremento del Producto Interno Bruto (PIB), alcanzando en muchos casos cerca del 10%. Esta situación afecta la asignación de recursos hacia otros sectores estratégicos como vivienda, educación e infraestructura (Pereira y Camacho, 2016).

Diversos autores e instituciones coinciden en que la implementación de servicios innovadores en el sector salud resulta imperativa (Heikkilä et al., 2015; Ferrer et al., 2012), particularmente debido al envejecimiento progresivo de la población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a) y al aumento en la incidencia de enfermedades asociadas a estilos de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020b).

La situación en los países latinoamericanos es aún más crítica, ya que su baja capacidad económica se suma a deficiencias históricas arraigadas. Según la literatura (Evans et al., 2017; Giraldo & Vélez Álvarez, 2013), los sistemas de salud de la región se caracterizan por su naturaleza fragmentada y una toma de decisiones centralizada, lo que genera problemas financieros y de cobertura persistentes. Esta combinación, agravada por un enfoque desproporcionado en la atención hospitalaria en lugar de la primaria, ha derivado en una escasez

generalizada de recursos: falta de profesionales de salud en el primer nivel de atención, especialistas, camas hospitalarias, y equipos de diagnóstico y tratamiento. A esto se suman las grandes distancias que los pacientes y sus familias deben recorrer para recibir atención.

En el Perú, según datos del Banco Mundial (*Global Economy*, 2019), el gasto en salud per cápita se ha incrementado desde cerca de 100 US$ dólares en el año 2000 hasta 369 US$ dólares en el año 2018, sin embargo, se encuentra alejado del estándar latinoamericano 613 US$ y de países vecinos como Colombia 513 US$, Ecuador 516 US$ y Chile 1,455 US$ de gasto per cápita.

Si se observa el indicador que nos proporciona el mismo Banco Mundial, el gasto en salud como porcentaje del PBI del Perú se ha incrementado desde 4.6% en el año 2000 hasta 5.24%, en el año 2018, sin embargo, alejado del estándar latinoamericano (7.41%) y de países vecinos como Colombia (7.64%), Ecuador 8.14% y Chile 9.14%.

En este escenario, el sistema de salud peruano enfrenta una crisis multidimensional caracterizada por deficiencias en el acceso, la calidad de los servicios y la satisfacción usuaria (Valdez et al., 2013). El Informe de Resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Servicio de Salud (INEI, 2015) revela que las principales problemáticas en los establecimientos de atención primaria son: la demora en la atención (36.8%), el trato inadecuado por parte del personal (29.0%) y el desabastecimiento de medicamentos (29.0%), ver Tabla 1.1.

Complementariamente, la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO (INEI, 2016) indica que el 24.2% de la población carece de cualquier tipo de seguro de salud. La distribución de la cobertura muestra que el 24.42% está afiliado a EsSalud (que protege a trabajadores formales, pensionistas y sus familias), mientras que el 46.6% cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS), predominantemente pobladores de zonas rurales y urbanas marginales.

Tabla 1.1 **Usuarios de Consulta Externa por Subsector según Problemas de Atención de Salud**

PROBLEMA EN LA ATENCIÓN DE SALUD	SUBSECTOR									
	MINSA-GR		EsSalud		SSFFAAPP		CSP		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Le negaron la atención de emergencia	141687	11,9	126478	7,8	3383	2,5	0	0,0	291549	8,8
No respetaron su privacidad	16619	1,4	7794	0,4	0	0,0	0	0,0	24414	0,7
Demora en los trámites	262355	22,0	402301	21,5	25231	18,3	13579	10,2	703466	21,1
Pocos turnos para la atención	197683	16,6	412316	22,1	15765	11,4	6554	4,9	632319	19,0
Escasa información sobre los servicios	90597	7,6	115796	6,2	22722	16,5	12041	9,0	241156	7,2
Escasa información sobre la atención recibida	67748	5,7	813997	4,4	23670	17,2	23402	17,5	196216	5,9
No le hicieron firmar su autorización para un procedimiento especial o su trasferencia a otro establecimiento	3395	0,3	11949	0,6	0	0,0	0	0,0	15344	0,5
Otro */	131580	11,0	177997	9,5	17180	12,5	14714	11,0	341471	10,3
Maltrato en la atención	420055	35,3	450927	24,1	61389	44,6	34406	27,7	966776	29,0
El seguro no cubre todas las especialidades	29599	2,5	58126	3,1	0	0,0	13000	9,7	100725	3,0
Falta de medicamentos	400114	33,6	418853	22,4	18788	13,6	3377	2,5	841131	25,3
Incumplimiento en la programación de citas, cirugías u otros	98185	8,2	257810	13,8	3307	2,4	23427	17,5	382729	11,5
Demora en la atención	417726	35,1	744212	39,8	23176	16,8	39578	29,6	1224692	36,8
Médico o personal no acudió a su turno	77601	6,5	63829	3,4	13797	10,0	4970	3,7	160197	14,8
Problemas para su atención como asegurado	115357	9,7	341838	18,3	25041	18,2	11684	8,7	493919	14,8
Le realizaron algún cobro no advertido	9635	0,8	4107	0,2	0	0,0	1639	1,2	15381	0,5
Total	**1190909**	**100,0**	**1868717**	**100,0**	**137778**	**100,0**	**133693**	**100,0**	**3331096**	**100,0**

Nota. */ Incluye pérdida de documentos clínicos para la atención, negligencia médica y falta de cupos para la atención en mayor porcentaje.

Fuente. (INEI, 2015). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuario en Salud. Junio 2015

Cabe destacar que, aunque la cobertura del SIS se ha triplicado en la última década, el acceso efectivo ha disminuido considerablemente: mientras hace cinco años un afiliado tenía aproximadamente 60% de probabilidad de recibir atención, actualmente esta capacidad se ha reducido a menos del 40%. Esta paradoja responde al crecimiento exponencial de afiliados sin un incremento

proporcional en la oferta de servicios y financiamiento (Petrera, 2012). Los seguros privados, por su parte, solo cubren al 2.1% de la población (INEI, 2016).

Esta situación se desarrolla en un contexto de vulnerabilidad estructural que predispone a la población peruana a la exclusión en salud. Entre los factores determinantes destacan una tasa de pobreza del 27.8% y el significativo porcentaje de población en situación de pobreza sin cobertura de seguro que no accede a servicios sanitarios por limitaciones económicas (11%), entre otras barreras críticas (Valdez et al., 2013).

Esta situación revela una crítica brecha en la búsqueda de atención médica en el Perú. Los datos del INEI (2017) muestran que solamente el 49% de las personas que reportaron problemas de salud procuraron atención médica durante el último trimestre de 2017, registrándose un incremento respecto al mismo período del año anterior, principalmente impulsado por el aumento de consultas en el sector privado y en farmacias.

La situación es particularmente alarmante en casos de condiciones crónicas, donde apenas el 41.6% de los afectados buscó tratamiento, mientras que el 58.4% restante no recibió atención alguna.

La distribución de la demanda de servicios de salud evidencia un patrón preocupante: por cada 100 personas que experimentaron problemas de salud, 19 acudieron a farmacias o boticas como primera opción, 16 buscaron atención en establecimientos del Ministerio de Salud, 7 en consultorios o clínicas privadas, y solo 6 en centros del Seguro Social de Salud (EsSalud) (INEI, 2017). Esta distribución refleja tanto las barreras de acceso al sistema formal como la automedicación como práctica extendida.

En síntesis, el sistema de Atención Primaria de Salud (APS) en el país no funciona adecuadamente, por tanto, ésta demanda termina desbordando los niveles de atención más complejos. Existe una sobresaturación de los servicios de salud que se ha incrementado en los últimos años debido al envejecimiento

de la población, presencia de enfermedades más complejas, una cultura hospital centrista, falta de accesibilidad a la atención primaria de salud, accesibilidad geográfica, entre otros (Vásquez-Alva, et al., 2016).

> En el período 2004-2014 se observó una transformación significativa en las barreras de acceso a la salud en el Perú. La limitación económica, que representaba el 24.7% de las causas para no consultar en 2004, se redujo al 8.5% una década después, atribuible al crecimiento económico, el incremento de los ingresos y la expansión del financiamiento sanitario público y privado. No obstante, este avance se vio contrarrestado por el aumento de otros obstáculos como las barreras geográficas, la desconfianza institucional y las demoras en la atención.
>
> Paralelamente, factores como la carencia de seguro de salud, la falta de tiempo y el trato inadecuado del personal sanitario incrementaron su incidencia del 11% al 23.9% en el mismo lapso. Este fenómeno evidencia un desplazamiento en la problemática del acceso, donde los tiempos de espera han adquirido mayor relevancia como indicador de calidad, reflejando la creciente valoración del tiempo en la sociedad contemporánea (Arroyo et al., 2015, p.17).

De acuerdo con las estadísticas del INEI correspondientes al cuarto trimestre de 2017, se registró a nivel nacional un tiempo promedio de programación de citas médicas de 51 horas y 49 minutos. Esta situación se agudiza en el ámbito urbano, donde el tiempo se eleva a 70 horas con 10 minutos, alcanzando su punto crítico en los establecimientos de ESSALUD en áreas urbanas, con un promedio de 154 horas con 45 minutos para obtener una consulta médica (INEI, 2017).

Respecto al tiempo de espera dentro de los establecimientos, el promedio nacional se sitúa en 49 minutos. Al desagregar por tipo de institución, se observa que EsSalud presenta el mayor tiempo (56 minutos), seguido por los establecimientos del MINSA (47 minutos), mientras que los Comités Locales de

Administración de Salud (CLAS) registran el menor tiempo de espera (36 minutos) (INEI, 2017).

Ante la compleja problemática sanitaria global, caracterizada por la convergencia de múltiples factores como la limitada accesibilidad y asequibilidad de la atención primaria, las restricciones en la oferta hospitalaria y de especialistas, el incremento en los costos de medicamentos y tecnologías emergentes, las barreras económicas, geográficas y administrativas, el crecimiento sostenido del gasto médico, el subfinanciamiento crónico de los sistemas sanitarios y el envejecimiento poblacional con su consecuente transición epidemiológica hacia enfermedades degenerativas de alto costo, se han generado demandas crecientes que impulsan la transformación de los sistemas de salud. Esta evolución se orienta hacia la mejora organizacional, la efectividad, la eficiencia y la calidad asistencial, mediante servicios sanitarios renovados donde la innovación y la participación social adquieren un rol protagónico (Dellaferrera, 2014; Castaño, 2014; Castaño-Martínez, Lizarazo-Hernández & Cardona-Castaño, 2024).

Estas transformaciones encuentran sustento en experiencias exitosas de modelos de prestación innovadores, respaldados por tecnologías disruptivas que optimizan la eficiencia de la atención sanitaria. Dichos modelos amplían el espectro de posibilidades en la prestación de servicios y abren nuevas perspectivas para el desarrollo del sector salud, mejorando sustancialmente la efectividad de la atención médica (Pereira y Camacho, 2016).

En este sentido, en el campo de la innovación en salud, las clínicas minoristas representan una innovación importante, poseen una propuesta de valor radical: lugares y horarios convenientes, atención sin cita previa, tiempos de espera breves y precios transparentes. Según Kaissi (2016), la evidencia de la investigación sugiere que las clínicas minoristas representan por su bajo costo, alta calidad una alternativa conveniente a los consultorios médicos de atención primaria tradicionales y las emergencias hospitalarias. Fottler & Malvey (2010),

en su libro “la revolución minorista en el cuidado de la salud”, afirman que estas, tienen el potencial de cambiar las reglas del juego debido a su accesibilidad, asequibilidad y conveniencia.

Según las investigaciones las clínicas minoristas están atendiendo a una población de pacientes desatendidos por los médicos de atención primaria. En consecuencia, las clínicas minoristas podrían funcionar como un proveedor de red de seguridad para pacientes que anteriormente no tenían alternativa para cuidados básicos distintos del servicio de urgencias (Fottler & Malvey, 2010).

Esta innovación disruptiva de las clínicas minoristas (*retail clinics*) representan un modelo de negocio que identifica una ubicación de mercado y aumenta las opciones del consumidor e identifica estrategias para reducir el costo de la atención médica en la atención primaria de salud (Paterick, 2009). Bachrach et al. (2015) coinciden con otros investigadores en señalar que las clínicas minoristas "están llenando vacíos en nuestro sistema de salud para comunidades sin seguro o con seguro insuficiente [...] que buscan menor costo en atención para condiciones de baja complejidad" (p. 4).

Inclusive el propio Christensen (2011) señala: que surgen redes de valor completamente nuevas que perturban lo viejo, tales como como las clínicas de proceso de valor agregado, las clínicas minoristas y las redes, las cuales en alianzas con seguros y sistemas de reembolso pueden generar un alto impacto en el costo y la accesibilidad. Similares opiniones sobre la disrupción en salud de las clínicas minoristas tienen (Laws y Scott, 2008; Hwang, 2009).

De acuerdo con Cruz (2017), la región latinoamericana enfrenta un desafío estructural en materia de innovación, caracterizado por múltiples factores interdependientes. Entre estos destacan los bajos niveles de inversión en Investigación y Desarrollo (I+D), una oferta insuficiente de productos adaptados a poblaciones con capacidad adquisitiva limitada, y dificultades para identificar

oportunidades tecnológicas viables. A estos obstáculos se suman las limitaciones para penetrar nuevos mercados, diseñar modelos de negocio que generen valor significativo para el cliente, y superar la inercia organizacional que impide la adaptación ágil a los cambios del entorno económico y social.

La evidencia empírica revela que la mayoría de las empresas latinoamericanas (60%) se sitúan por debajo de los umbrales de innovación moderada, mientras que las organizaciones altamente innovadoras apenas representan el 4% del tejido empresarial regional. La implementación de actividades innovadoras resulta particularmente limitada en las pequeñas y medianas empresas, situación atribuible principalmente a déficits en la acumulación de conocimiento, especialmente críticos en el sector servicios (López Toro, 2019).

En consecuencia, la innovación disruptiva emerge como un mecanismo catalizador de la actividad innovadora en América Latina, fundamentada en cuatro características distintivas:

a) Poseer atributos considerados inferiores por los segmentos tradicionales del mercado, b) Establecer estructuras de precio significativamente más bajas que las ofertas convencionales, c) Desarrollar una estrategia de penetración progresiva desde nichos específicos hacia el mercado general, y d) Desarrollar productos o servicios basados en tecnologías existentes, priorizando la accesibilidad y simplicidad.

(Christensen, 1997; Govindarajan & Kopalle, 2006; Hang et al., 2010; Tellis, 2005; Yu & Hang, 2010).

En este contexto, Hart y Christensen (2002) argumentan que las economías en desarrollo, particularmente las latinoamericanas, constituyen escenarios ideales para la implementación de tecnologías disruptivas. Esta idoneidad se sustenta en dos factores clave: la mayor replicabilidad rentable de los modelos de negocio diseñados para mercados de bajos ingresos, y la oportunidad de competir contra el "no consumo" - es decir, ofrecer soluciones básicas a poblaciones excluidas

del acceso a productos establecidos, quienes valoran positivamente versiones simplificadas de lo disponible en mercados avanzados (Cruz, 2017).

Desde otra perspectiva, varios autores se preguntan sobre el sistema de salud en los países desarrollados y el por qué, pese a tener tecnologías disruptivas en salud tan avanzadas, estas solo han servido para reforzar el modelo ineficiente existente (Hwang & Christensen, 2008; Christensen, Waldeck y Fogg, 2017; Christensen, Grossman y Hwang, 2009; Bamel, U., *et al,* 2023).

Especialmente (Castaño, 2014), se pregunta:

> Los sistemas de salud enfrentan una presión creciente para satisfacer las necesidades de las personas con recursos limitados. La presión crece, entre otras razones, como consecuencia de las transiciones demográficas y epidemiológicas, pero sobre todo como consecuencia de las nuevas tecnologías médicas que generan pequeños beneficios incrementales a altos costos incrementales [1]. Esto plantea la pregunta: ¿por qué las tecnologías sanitarias aumentan los costes en lugar de lo contrario, como ocurre en otras industrias? Varios autores han propuesto que los sistemas de salud deberían generar más valor por el dinero [2] o que deberían tener un triple objetivo de mejor salud, mejor atención y menores costos [3]. Entonces, ¿por qué estos objetivos indiscutibles resultan tan esquivos y los gastos en salud continúan creciendo aparentemente independientemente de la creación de valor? ¿Cuáles son las causas fundamentales de este aparentemente incontrolable problema de sostenibilidad? (p. 1)

Christensen et al.(2017), Christensen, Bohmer y Kenagy (2000), plantean que, para darse la innovación disruptiva en el sector salud, por ser un sistema desintegrado, sobre regulado y complejo, hacen faltan elementos habilitadores tales como las nuevas tecnologías disruptivas, modelos de negocios

innovadores, una red de valor de proveedores, clientes y competidores y finalmente una regulación que sea favorable a la disrupción

Sin embargo, estos factores habilitadores de innovación disruptiva, no necesariamente son similares en realidades diferentes, como la de los países emergentes, cuya situación sanitaria es más precaria, compleja y donde la actuación del Estado en favor de la innovación es mínima, por tanto, las características de la innovación disruptiva y sus habilitadores son diferentes a los países con economías desarrolladas (Williamson et al., 2020; Chen et al., 2017; Liu et al., 2020).

Dentro de este marco, se considera relevante conocer ¿cuáles son las variables determinantes que influyen y están relacionadas para lograr una innovación disruptiva en el *retail clinic* en el Perú y en que variables importantes puede incidir esta última?
A partir de ello, servir a los competidores del campo de la salud la oportunidad de desarrollar y mejorar su posición competitiva.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo influye el marco de factores relacionados con la innovación disruptiva de negocios, en el caso de una propuesta de *retail clinic* en el Perú?

1.2.2 Problema Específicos

- ¿Cuáles son las variables relevantes en el marco de factores relacionados con la innovación disruptiva en el *retail clinic*?

- ¿Cuál es la relación entre el marco de factores relacionados y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “*Consumerismo* en salud” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “Generación de mercado (nueva demanda y de baja gama) y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “Tecnologías disruptivas en salud” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Ventaja Competitiva” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*?
- ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” y la variable ventaja competitiva?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” y el “Modelo de negocio Low Cost”?
- ¿Cuál es la relación entre la variable “Tecnologías disruptivas en salud” y el “Modelo de negocio Low Cost”?
- ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” y el “Modelo de negocio Low Cost”?

1.3 Justificación de la Investigación

El dinamismo económico experimentado por el Perú durante las últimas décadas ha generado un incremento sustancial en la demanda de servicios de salud. No obstante, esta expansión no se ha traducido en una mayor participación de los dos principales prestadores públicos. Entre 2004 y 2010, el MINSA redujo su cobertura en Lima del 19.1% al 13.3%, mientras que EsSalud disminuyó del 10.1% al 8.7%.

Paralelamente, se observó una significativa reconfiguración en los patrones de atención. A nivel nacional, la consulta en farmacias casi se duplicó (pasando del 9.3% al 17.3%), mientras que en Lima este incremento fue aún más pronunciado, casi triplicándose (del 8.3% al 22.8%). El sector privado también experimentó un crecimiento considerable, con un aumento nacional del 4.7% al 8.1%, que en el ámbito limeño se elevó del 7.9% al 14.1% (Arroyo y Pastor, 2013).

La incapacidad de implementar reformas sustanciales en el sector público ha obstaculizado la modernización de los servicios ofrecidos por el MINSA y ESSALUD, cuyas deficiencias en agilidad y calidad han propiciado la búsqueda de alternativas por parte de la población. Segmentos con mayor capacidad adquisitiva han migrado hacia el sistema privado de seguros y clínicas, mientras que los estratos socioeconómicos emergentes han optado por proveedores de bajo costo como farmacias y el sistema SISOL (Hospitales de la Solidaridad), que equilibran accesibilidad económica con niveles aceptables de calidad (Arroyo y Pastor, 2012). En consecuencia, como sintetizan Arroyo et al. (2015), el sistema de salud peruano no ha conseguido superar las barreras financieras necesarias para garantizar la cobertura universal y el acceso efectivo a servicios sanitarios para toda la población.

Según el CEPLAN (2015):

> El crecimiento de la clase media ejerce presión a través de la demanda de servicios y de la búsqueda de altos niveles de calidad de vida. Este efecto también se manifiesta en la salud […] Es evidente entonces que existe un creciente incremento del gasto en salud a escala global. Este es impulsado en los países emergentes por el crecimiento de sus clases medias, sus mayores niveles de demanda de servicios de calidad y el gasto de los gobiernos orientados a dar mayor cobertura de sus servicios. (p. 17)

La liberación del mercado sanitario, la interconexión y globalización, el ascenso de las clases media emergentes, el cambio de comportamiento del consumidor, las nuevas tecnologías, la crisis actual del sistema de salud y especialmente la creciente insatisfacción de los pacientes, revisada anteriormente, generan condiciones que hacen emerger una posible nueva estructura de mercado sanitario, que a su vez condiciona la posible aparición de modelos de negocios disruptivos en salud.

Mejía-Trejo y Sánchez-Gutiérrez (2014) señalan en su investigación que la innovación en modelos de negocio presenta un desarrollo conceptual y práctico considerablemente menor en comparación con la innovación de productos. Esta brecha se manifiesta en el diseño, implementación y análisis de impacto organizacional, aspectos que continúan siendo escasamente aplicados, documentados e investigados en el ámbito académico y empresarial.

De acuerdo con Cruz (2017), la relevancia de la innovación disruptiva en América Latina puede analizarse desde dos dimensiones complementarias. En primer lugar, las condiciones socioeconómicas de la región —caracterizadas por la presencia de amplios segmentos de bajos ingresos, necesidades básicas insatisfechas y limitado acceso a tecnologías y conocimiento— crean un terreno fértil para el desarrollo de este tipo de innovaciones. En segundo término, las organizaciones deben cultivar una capacidad de adaptación continua que les

permita capitalizar las oportunidades del mercado mediante propuestas de valor y modelos de negocio renovados.

Cabe destacar que la literatura académica sobre innovación disruptiva en el contexto latinoamericano sigue siendo escasa, por lo que se recomienda impulsar investigaciones que exploren su aplicación en industrias específicas, considerando las particularidades de cada país.

En otro estudio, señala Mount (2012), la innovación disruptiva como teoría carece de definición concreta y, a menudo, se interpreta erróneamente en la literatura. Los estudios anteriores que tratan el fenómeno se centran en gran medida en el proceso de interrupción del mercado y los factores que impulsan el proceso. Sin embargo, existe poca investigación que busque validar cuantitativamente la teoría existente.

Urbinatti et al. (2018), afirman que, en los últimos años, los estudiosos de la gestión han examinado el fenómeno de la innovación disruptiva, centrándose principalmente en sus características que la identifican y en las soluciones de gestión que las empresas deberían adoptar para responder a la amenaza de una innovación disruptiva. Sin embargo, el estudio de las características del contexto en el que se desarrolla una innovación disruptiva sigue siendo un tema poco investigado. Por ello, se hace necesario examinar cómo el fenómeno de la innovación disruptiva se ve influenciado por un conjunto de variables que configuran el contexto en el que se desarrolla.

En resumen, el aporte teórico del estudio es que existen vacíos a nivel de la teoría de los modelos de negocio y la innovación disruptiva y su aplicación en la realidad latinoamericana y más específicamente en el campo del retail salud, este estudio se justifica porque ofrecerá un mapa (modelo de innovación disruptivo) cuyas variables e interrelaciones del modelo, pueden orientar la disrupción de las empresas en el campo de la salud.

En el ámbito práctico, esta investigación se justifica por la necesidad de abordar las demandas sanitarias no satisfechas de la población. Los hallazgos del estudio proporcionarán valiosos insumos para que los actores privados del sector fortalezcan su competitividad y se consoliden como componentes esenciales del sistema de salud nacional, contribuyendo así a mejorar el acceso y la cobertura de servicios médicos.

Desde la perspectiva metodológica, el trabajo adquiere relevancia al desarrollar un modelo analítico (marco de factores habilitadores) que sistematiza el conocimiento sobre innovación disruptiva en la gestión de empresas de salud, particularmente en el modelo de clínicas minoristas. Esta estructura conceptual podrá ser replicada y adaptada en futuras investigaciones sobre transformación de servicios sanitarios.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Identificar la influencia que tiene el marco de factores relacionados con la innovación disruptiva de una propuesta de clínica minorista (*retail clinic*) en el sector salud

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la relación que tiene la variable “Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud” y la innovación disruptiva *retail clinic*
- Identificar la relación que tiene la variable “Consumerismo en salud” y la innovación disruptiva *retail clinic*

- Identificar la relación que tiene la variable innovación disruptiva *retail clinic* y la variable “Generación de mercado (nueva demanda y de gama baja)”
- Identificar la relación que tiene la variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” y la innovación disruptiva *retail clinic*
- Identificar la relación que tiene la variable “Tecnologías disruptivas en salud” y la innovación disruptiva *retail clinic*
- Identificar la relación que tiene la variable “Ventaja Competitiva” y la innovación disruptiva *retail clinic*
- Identificar la relación que tiene la variable “Fuentes de conocimiento externa” y la innovación disruptiva *retail clinic*
- Identificar la relación que tiene la variable “Modelo de negocio Low Cost” y la innovación disruptiva *retail clinic*
- Identificar la relación que tiene la variable “Modelo de negocio Low Cost” y la variable “Ventaja Competitiva”
- Identificar la relación que tiene la variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” y la variable “Modelo de negocio Low Cost”
- Identificar la relación entre la variable “Tecnologías disruptivas en salud” y la variable “Modelo de negocio Low Cost”
- Identificar la relación entre la variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” y la variable “Modelo de negocio Low Cost”

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de Investigación

Guo, X., Sun, W., Shi, Q., Mu, R. (2024), en su investigación “Study of Influence Factors for Disruptive Innovation in Equipment Manufacturing Enterprises” se propusieron identificar los elementos que condicionan la capacidad de innovación disruptiva en el sector industrial chino. Mediante una metodología cuantitativa, los autores implementaron un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) basado en datos recopilados mediante encuestas aplicadas a empresas manufactureras. El modelo analiza las interrelaciones entre diversos factores internos -como las capacidades innovadoras, la cultura organizacional y el respaldo directivo- y externos -como la intensidad competitiva y las oportunidades tecnológicas- con la capacidad de desarrollar innovaciones disruptivas.

Las conclusiones principales del estudio destacan la importancia de la capacidad de innovación de la empresa, la cultura organizacional que apoya la experimentación y la toma de riesgos, y el apoyo de la alta dirección son factores internos cruciales. En cuanto a los factores externos, la presión competitiva y las oportunidades tecnológicas también juegan un papel significativo. El estudio subraya que la innovación disruptiva en la fabricación de equipos requiere una combinación de capacidades internas sólidas y una respuesta efectiva a las dinámicas del entorno externo.

Al Mansoori y Bakri (2023) cuya investigación tiene por objetivo es identificar los factores clave que impulsan la innovación disruptiva en las empresas de

servicios financieros y cómo esta innovación afecta el rendimiento financiero de las empresas. La metodología, emplea un enfoque cuantitativo, mediante una muestra de 315 empleados en los Emiratos Árabes Unidos. Los datos recopilados se analizaron mediante modelos de regresión múltiple (PLS-SEM). La conclusión principal señala que los factores clave que influyen en la innovación disruptiva son la Capacidad de innovación, Cultura organizacional, Liderazgo, Tecnología y Mercado.

El estudio subraya la relevancia de múltiples determinantes en el desarrollo de innovaciones disruptivas y demuestra cómo estas contribuyen al fortalecimiento del desempeño financiero corporativo. Los hallazgos indican que las organizaciones que busquen promover este tipo de innovación deben focalizarse en el fortalecimiento de factores clave y en la construcción de un ecosistema organizacional que facilite su implementación.

El trabajo de investigación cuantitativo realizado en China, por **Chen, Jin; Zhaohui, Zhu y Yunting, Zhang (2017)**, titulado “A study of factors influencing disruptive innovation in Chinese SMEs”, se orientó a examinar los determinantes externos e internos que condicionan el desarrollo de innovaciones disruptivas en este tipo de empresas. La investigación partió de la premisa de que las variables seleccionadas, tanto del entorno organizacional como del contexto empresarial, ejercen una influencia significativa en la capacidad de generar innovaciones disruptivas, tanto de gama baja como de gama alta.

Se realizó un muestreo aleatorio logrando respuestas a los cuestionarios de 132 PYMEs, los cuales fueron complementados con entrevistas, a líderes de alto nivel o directores de I + D de las PYMEs, se procesaron los datos mediante un análisis estadístico factorial y de regresión lineal múltiple para examinar la relación entre las variables.

Los hallazgos del estudio revelan una diferenciación en los factores determinantes según el tipo de innovación disruptiva. Para las innovaciones de

alta gama, los elementos críticos identificados incluyen el apoyo gubernamental, el acceso a fuentes de conocimiento externo, el respaldo estratégico interno y la capacidad de liderazgo en investigación y desarrollo. Por otro lado, las innovaciones de gama baja se ven principalmente influenciadas por la colaboración con inversionistas de riesgo, la utilización de conocimiento externo, la fortaleza en I+D y la disposición innovadora de los emprendedores.

Cabe destacar que dos factores transversales emergen como fundamentales para ambos tipos de innovación: la integración de conocimiento externo y el dominio en actividades de I+D. Estos constituyen los cimientos esenciales que permiten a las empresas desarrollar capacidades disruptivas, independientemente del segmento de mercado al que se dirijan.

Ganguly, A., Talukdar, A., & Kumar, C. (2022) en su trabajo de investigación titulado la "Capacidad de absorción e innovación disruptiva: El rol mediador de la agilidad organizacional" tuvo como objetivo Analizar la capacidad de absorción (habilidad para adquirir, asimilar y aplicar conocimiento externo) y su influencia en la innovación disruptiva e investigar el papel mediador de la agilidad organizacional (flexibilidad y rapidez para adaptarse a cambios) en esta relación. Su enfoque metodológico cuantitativo, basado en encuestas a 192 profesionales indios de innovación y desarrollo de empresas de sectores intensivos en conocimiento, empresas de tamaño mediano a grande. Se usó para el análisis modelos de ecuaciones estructurales (SEM) para validar hipótesis y mediar efectos.

Los resultados sugieren una relación significativa entre la capacidad de absorción y la Innovación disruptiva, especialmente en etapas de asimilación y aplicación del conocimiento y además la agilidad organizacional media parcial o totalmente esta relación, destacando que las empresas ágiles transforman mejor el conocimiento externo en innovaciones disruptivas.
Recomienda que las empresas deben fomentar culturas ágiles (ej. estructuras flexibles, toma de decisiones rápida) para maximizar el impacto de su capacidad

de absorción e invertir en herramientas de gestión del conocimiento y formación en adaptabilidad.

Singh & Hanafi, (2019), en su trabajo de investigación “Disruptive Technology and SMEs Performance in Malaysia”, tuvo por objetivo examinar la relación entre la tecnología disruptiva (DT) y el desempeño de la empresa (FP) entre las pymes del estado de Selangor, Malasia.

El estudio implementó un muestreo probabilístico que obtuvo respuestas válidas de 150 representantes de alta dirección o propietarios de empresas en el estado de Selangor, Malasia. Mediante la aplicación de modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), se verificó la validez y confiabilidad del instrumento de medición, permitiendo examinar las relaciones entre las variables analizadas.

Los hallazgos demostraron la existencia de una correlación significativa y positiva entre la implementación de tecnologías disruptivas y el desempeño organizacional en las PYMES, destacando que la adopción de estas tecnologías constituye un predictor relevante del éxito empresarial.

Guo, J., Pan, J., Guo, J., Gu, F., & Kuusisto, J. (2019), en su trabajo de investigación “Measurement framework for assessing disruptive innovations”, desarrollaron un sistema de evaluación multidimensional destinado a cuantificar el potencial disruptivo de las innovaciones de productos. El marco conceptual integra tres dimensiones críticas: las características tecnológicas intrínsecas, la dinámica competitiva del mercado y las condiciones del entorno macroeconómico e institucional.

El estudio empleó un muestreo aleatorio que permitió reclutar a 88 especialistas con formación doctoral en ingeniería y más de cinco años de experiencia profesional. La metodología se centró en analizar evidencias que sustentaran las valoraciones de los indicadores, demostrando posteriormente la eficacia del

marco de medición mediante el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson (PCC) para verificar la conectividad entre los indicadores interrelacionados en la red propuesta.

Los hallazgos confirmaron la existencia de relaciones significativas entre tres dimensiones críticas -características tecnológicas, dinámica de mercado y entorno externo- con el desarrollo de innovaciones disruptivas. Este marco metodológico permite evaluar sistemáticamente el potencial disruptivo de las innovaciones, proporcionando información valiosa para la toma de decisiones estratégicas sobre lanzamiento de productos y optimización de recursos.

En el trabajo realizado en Malasia por **Dileep, K., Chung, J. F., & Govindarajo, N. S. (2019)**, titulado “Technology disruption and business performance in SMEs”, cuyo objetivo fue analizar el impacto de las variables, tecnología disruptiva, competencia del empleado y la capacidad de innovación sobre el rendimiento empresarial, mediante la realización de un estudio transversal cuantitativo.

El estudio se concentró en el personal de pequeñas y microempresas del estado de Selangor, Malasia, aplicando un muestreo intencional que seleccionó específicamente a individuos con un mínimo de cinco años de experiencia en sus organizaciones. De la recolección de 384 cuestionarios válidos, se utilizó la técnica de modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) para verificar la validez y confiabilidad del modelo propuesto, así como para examinar las interrelaciones entre las variables analizadas.

Los resultados demostraron que la competencia del capital humano y la capacidad de innovación actúan como moderadores completos de la relación entre la disrupción tecnológica y el desempeño comercial. Este hallazgo sugiere que el impacto de la disrupción tecnológica está completamente mediado por la existencia de una fuerza laboral calificada y por las capacidades innovadoras de la organización. La efectiva internalización de capacidades de innovación por

parte de las empresas se revela como un factor determinante para transformar la disrupción tecnológica en resultados comerciales favorables.

Setyawati, S. M., Rosiana, M., & Adawiyah, W. R. (2019), en su trabajo de investigación titulado “Integrating disruptive innovation, competitive advantage, and business networking capability on small business performance in indonesia” cuyo objetivo es explicar la influencia de la innovación disruptiva en el desempeño empresarial con la variable ventaja competitiva como mediador y capacidad de red (networking) como variable moderada.

El estudio se centró en las PYMEs de Purwokerto, Indonesia, empleando un muestreo aleatorio que incluyó a 120 propietarios y/o gerentes de estas empresas. Mediante una metodología cuantitativa basada en cuestionarios y la aplicación de modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), se validó la confiabilidad del modelo de medición y se examinaron las relaciones entre las variables.

Los hallazgos revelaron que la innovación disruptiva ejerce una influencia positiva tanto en el rendimiento organizacional como en la ventaja competitiva. Adicionalmente, se identificó que la ventaja competitiva opera como variable mediadora en la relación entre la innovación disruptiva y el desempeño empresarial. Asimismo, la capacidad de red empresarial demostró tener un efecto moderador en la asociación entre la innovación disruptiva y los resultados empresariales.

Auliasari, R. W., Santoso, A., & Setiawan, F. (2023) en su trabajo de investigación realizado en Indonesia cuyo objetivo fue encontrar una relación significativa entre el liderazgo transformacional y su efecto positivo en la innovación disruptiva. La metodología fue un estudio cuantitativo con un total de 118 profesores universitarios en Java Oriental utilizando una técnica de muestreo intencional mediante la distribución de cuestionarios utilizando una escala de Likert. SMART-PLS 3 se utiliza como herramienta de análisis con PLS-SEM.

Los hallazgos del estudio demuestran que el liderazgo transformacional ejerce una influencia positiva y estadísticamente significativa en el desarrollo de innovaciones disruptivas. Esta forma de liderazgo impacta favorablemente tanto en la capacidad de adquisición de conocimiento como en los procesos de intercambio de información dentro de la organización.

La investigación evidenció que la capacidad de adquirir conocimiento influye positivamente en la generación de innovaciones disruptivas, actuando además como variable mediadora en la relación entre el liderazgo transformacional y dichas innovaciones. Paralelamente, la capacidad de compartir conocimiento también medio significativamente esta relación, estableciendo un doble mecanismo a través del cual el liderazgo transformacional fomenta la disrupción innovadora.

Estos hallazgos contribuyen a la teoría del liderazgo transformacional con respecto al estilo de liderazgo más eficaz para influir en la mejora de la capacidad de compartir conocimiento, la capacidad de adquisición de conocimiento y la innovación disruptiva

Pucihar, A., Lenart, G., Borštnar, M. K., Vidmar, D., & Marolt, M. (2020), en su trabajo de investigación “Drivers and outcomes of business model innovation-micro, small and medium-sized enterprises perspective” analizaron la relación entre los factores facilitadores y los resultados de la Innovación de Modelos de Negocio (BMI) en el contexto de las PYMEs.

El estudio empleó una muestra aleatoria de 71 empresas eslovenas que cumplían con el criterio de haber participado previamente en actividades de BMI. Mediante la aplicación de cuestionarios y el uso combinado de software estadístico (SPSS y PLS Modeling) para validar el modelo de investigación, se obtuvieron los siguientes hallazgos:

La capacidad innovadora de las organizaciones y las condiciones del entorno empresarial ejercen una influencia positiva significativa en el desarrollo de actividades de BMI. Contrariamente a lo esperado, la tecnología de información de rápido desarrollo no demostró ser un factor determinante. Los resultados confirman que el nivel de implementación de BMI impacta positivamente tanto en los resultados específicos de la innovación como en el desempeño comercial general de las empresas.

Akmal, S., Sinulingga, S., Napitupulu, H., & Matondang, N. (2019), en su trabajo de investigación "Disruption innovation, electronic supply chain management in improving the competitive advantage and the company performance", se propusieron analizar el impacto de la innovación disruptiva en la gestión electrónica de la cadena de suministro, la ventaja competitiva y los resultados organizacionales.

El estudio recopiló 185 cuestionarios válidos de un total de 250 distribuidos entre directivos de empresas plantaciones estatales y privadas. Mediante la aplicación de modelado de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), los hallazgos revelaron que:

La innovación disruptiva ejerce una influencia significativa en el desempeño organizacional, demostrando que su implementación efectiva potencia los resultados empresariales. Paralelamente, la gestión electrónica de la cadena de suministro impacta positivamente tanto en el rendimiento financiero como operativo. El estudio identificó además que la ventaja competitiva actúa como variable mediadora entre la innovación disruptiva, la gestión de cadena de suministro electrónica y el desempeño final de la empresa.

Ayobami, A. O., Olanireti, A. M., James, A. T., Odey, O. D., & Kayode, B. P. (2019), en su trabajo de investigación "Improving the performance of family-owned small and medium scale enterprise: the role of disruptive innovation", cuyo objetivo fue se centró en examinar el papel de la innovación disruptiva en la

mejora del desempeño de las pequeñas y medianas empresas de propiedad familiar.

La muestra utilizada para este trabajo de investigación se centró en gestores de PYMEs familiares. El estudio se realizó en Ado-Ekiti, Nigeria, los investigadores recuperaron 310 cuestionarios de un total de 390 distribuidos. Se realizaron análisis de regresión múltiple y correlación, utilizados para probar las hipótesis de investigación.

El estudio examinó el papel de la innovación disruptiva en la mejora del desempeño de PYMES de propiedad familiar. Según los hallazgos, existe una relación positiva directa entre las características de la tecnología y la dinámica del mercado sobre el crecimiento de las ventas, esto implica que hay una fuerte relación entre la innovación disruptiva y el desempeño de las pymes (crecimiento de las ventas).

Los hallazgos del estudio también muestran una relación directa entre las características tecnológicas y la dinámica del mercado en la maximización de beneficios, aunque la relación parece débil. Sin embargo, la innovación disruptiva ofrece posibles oportunidades para el desempeño de las pymes familiares, las características tecnológicas y la dinámica del mercado cuando se estudian adecuadamente y se integran en un negocio puede reflejarse tanto en el crecimiento de las ventas como en la maximización de los beneficios de las PYMEs familiares.

Al Halbusi, H., Popa, S., Soto-Acosta, P., & Alshallaqi, M. (2025) tiene como objetivo establecer la relación significativa entre el conocimiento gerencial y técnico de la inteligencia artificial (IA) influye en la innovación disruptiva y su impacto en la economía circular. Asimismo, examina los efectos moderadores de la capacidad de cambio organizacional y la resiliencia financiera en la relación entre la innovación disruptiva y la economía circular.

El modelo propuesto y sus hipótesis asociadas se probaron mediante el modelo de ecuaciones estructurales (SEM) de Mínimos Cuadrados Parciales (PLS). Este estudio se basa en datos de dos rondas recopilados de 242 gerentes generales, de TI y de operaciones en empresas industriales tecnológicas en Bagdad.

Los resultados indican que el conocimiento gerencial y técnico de la IA impulsa significativamente la innovación disruptiva y la mejora la economía circular. Además, la capacidad de cambio organizacional y la resiliencia financiera fortalecen la relación entre la innovación disruptiva y la economía circular. Esta investigación contribuye al campo de las capacidades de la IA al destacar su papel en el fomento de la innovación disruptiva y la promoción de la sostenibilidad a través de la economía circular.

Gularso, K., Mursitama, T. N., Heriyati, P., & Simatupang, B. (2020), en su trabajo de investigación cuantitativo titulado “Disruptive Business Model Innovation in Indonesia Digital Startups”, cuyo objetivo fue examinar la forma en que las nuevas empresas digitales (tecnológicas), como iniciadoras, realizan la innovación del modelo de negocio que, irrumpe a los titulares de varias industrias.

De una población de 327 startups en Indonesia, elegidos aleatoriamente el número de cuestionarios devueltos fue 107 de la muestra total, el cuestionario se distribuyó entre los fundadores o las empresas emergentes de Indonesia. Este estudio empleó un método cuantitativo con Parcial Modelado de Ecuaciones Estructurales de Mínimos Cuadrados (PLS-SEM).

Los resultados del estudio demuestran que la capacidad de reconfiguración continua (CRC) tiene una relación positiva con la variable orientación estratégica (SO). La gestión de partes interesadas (SM) tiene una relación positiva con orientación estratégica (SO). Y la orientación estratégica (SO) tiene un efecto positivo relación con el modelo de negocio disruptivo Innovación (DBMI). Las demás hipótesis fueron rechazadas.

Los hallazgos de este estudio mostraron que los startups aplicar la innovación disruptiva del modelo de negocio para sobrevivir y escalar. Como alternativa para implementar capacidades dinámicas, las startups deben tener capacidad de transformación, en forma de capacidad de reconfiguración continua; aspectos de liderazgo, especialmente mentalidad emprendedora, que se materializa en la orientación estratégica; y apoyo del accionista y la gerencia.

2.2 Marco Epistemológico

La epistemología, como disciplina filosófica dedicada al análisis de la producción y validación del conocimiento, concibe este último como una construcción tanto individual como colectiva. Su objeto de estudio incluye la trayectoria histórica del saber en el marco de prácticas discursivas que involucran sistemas teóricos, autores y comunidades académicas.

Esta rama filosófica examina el desarrollo de las ciencias y disciplinas intelectuales, las cuales Mendoza (2018) clasifica en dos grandes categorías: las ciencias gnomológicas o explicativas (como la física, química o biología), orientadas a la comprensión desinteresada de fenómenos naturales; y las disciplinas praxeológicas (como la ingeniería, medicina, pedagogía y administración), dirigidas a la transformación de la realidad mediante la acción intencional.

El empirismo y el logicismo representan dos tradiciones epistemológicas fundamentales que configuran distintas aproximaciones sobre la adquisición y validación del conocimiento, constituyendo los pilares de la filosofía analítica. De su síntesis emerge el positivismo lógico, corriente que integra el principio empirista de la experiencia como fundamento del saber con la herramienta logicista de la formalización racional para la construcción científica.

La esencia del positivismo y su evolución al neopositivismo radica en un modelo basado en generalizaciones inductivas a partir de datos observables. Esta perspectiva concibe las teorías científicas como instrumentos predictivos antes que como representaciones definitivas de la realidad. El neopositivismo sustenta así una visión instrumental del quehacer científico, donde el progreso del conocimiento se manifiesta mediante la contrastación iterativa entre proposiciones teóricas y evidencias observacionales, permitiendo una verificación progresiva de los marcos conceptuales.

En contraposición al neopositivismo, Karl Popper sostuvo que la ciencia carece de capacidad para verificar la verdad de una hipótesis, pero puede demostrar su falsedad mediante la refutación. Argumentó que el razonamiento inductivo presenta una limitación fundamental al no poder abarcar todos los casos posibles, siendo suficiente un único contraejemplo para invalidar una teoría.

Frente al paradigma verificacionista, Popper desarrolló el falsacionismo como alternativa epistemológica. Este enfoque reconoce la incertidumbre inherente al conocimiento científico y postula que nunca es posible alcanzar certezas absolutas. Su propuesta metodológica, el método hipotético-deductivo, establece que la ciencia debe formular conjeturas audaces que posteriormente son sometidas a contrastación experimental rigurosa para identificar sus errores.

Según esta perspectiva, el progreso científico no consiste en la acumulación de verificaciones, sino en la eliminación sistemática de teorías mediante conjeturas refutadas a través del método científico (Adaniya, 2019).

El enfoque cualitativo en investigación prioriza la comprensión contextualizada de los fenómenos sociales, explorando los significados subjetivos que los actores atribuyen a sus experiencias dentro de sus entornos naturales. Esta perspectiva adopta un carácter holístico que preserva la integridad de los fenómenos en su complejidad original.

Por oposición, el paradigma cuantitativo se fundamenta en la medición sistemática y el tratamiento estadístico de datos observables. Sustentado en principios positivistas, persigue la formulación de generalizaciones explicativas y predictivas mediante variables cuantificables. Esta metodología emplea instrumentos estandarizados que privilegian la objetividad, rigurosidad métrica y replicabilidad, enfatizando los criterios de validez y confiabilidad instrumental (Kerlinger, 1975).

Roy Bhaskar (2008) desarrolló el realismo crítico como marco epistemológico que distingue entre dos enfoques científicos divergentes: el empirismo, centrado en la correspondencia con marcos teóricos preexistentes, y el realismo, orientado al examen detallado de relaciones causales subyacentes. Esta corriente realista demuestra mayor coherencia con el conocimiento científico contemporáneo, representando una alternativa racionalista al neopositivismo.

Dentro de esta tradición, Mario Bunge (1969) analizó sistemáticamente las limitaciones de diversas epistemologías, desde el racionalismo crítico popperiano hasta el empirismo, subjetivismo y relativismo. Como realista crítico, Bunge sostiene que aunque el conocimiento científico es falible y provisional -reconociendo su carácter tentativo-, la realidad existe con independencia del observador y posee una naturaleza objetiva. Esta postura equilibra el escepticismo metodológico con el compromiso ontológico hacia una realidad cognoscible.

En este estudio se adopta el marco epistemológico de Mario Bunge (1969), quien postula que la investigación científica rigurosa requiere de tres procesos fundamentales: la formalización conceptual, la matematización de relaciones y la contrastación empírica sistemática. El paradigma positivista aquí aplicado concibe la realidad como un fenómeno objetivo, singular y susceptible de ser analizado mediante la fragmentación controlada de sus componentes.

La relación investigador-objeto de estudio se establece bajo principios de neutralidad axiológica e independencia metodológica, donde la influencia de

valores subjetivos debe minimizarse deliberadamente. El diseño metodológico se orienta hacia la generalización de hallazgos mediante procedimientos deductivos y técnicas cuantitativas que privilegian la identificación de patrones comunes.

La explicación causal constituye el núcleo de esta aproximación, buscando identificar relaciones temporales precedentes y concurrentes que determinen los fenómenos observados. Como señala Pérez (2015), este enfoque prioriza la objetividad como criterio fundamental, implementando mecanismos metodológicos que prevengan la contaminación valorativa en los resultados de la investigación.

2.1.1 Evolución de la Teoría Estratégica y el enfoque de Recursos y Capacidades

Los fundamentos conceptuales de la estrategia empresarial encuentran sus raíces en el pensamiento estratégico militar de la antigüedad, aunque su formalización teórica emerge a mediados del siglo XX con las contribuciones seminales de Von Neumann y Morgenstern (1944), seguidas por los trabajos de Chandler (1962), Tilles (1963) y Ansoff (1965) durante la década de 1960. El núcleo de estas aportaciones iniciales se concentraba en desarrollar un marco teórico integral sobre la estrategia organizacional, examinando la empresa en su totalidad, el impacto de las transformaciones del entorno y la imperiosa necesidad de formular una visión que permitiera a la organización enfrentar dichos cambios exitosamente (Hernández & Ibarra Mirón, 2002).

La estrategia empresarial surge ante la necesidad de planificar con mayor horizonte, en las condiciones estables y de crecimiento económico sin precedentes en la época de la posguerra. Los planes contenían objetivos y previsiones, prioridades para los productos, áreas comerciales, y asignación de recursos. A mediados de los setenta, la crisis económica y la competencia internacional creciente, provocó que las empresas abandonaran sus planes corporativos a mediano plazo por enfoques más flexibles y que el interés se

desplazara desde la planificación hacia la competitividad (Afuah, A., 2009).

Michael Porter (1980) fue pionero del enfoque del análisis sectorial y de la competitividad, enfocado principalmente en la posición y las condiciones externas como los determinantes de la rentabilidad de la empresa. Sin embargo, a inicios de los noventa, emergió otra teoría de cómo lograr la ventaja competitiva, orientando su enfoque hacia los aspectos internos de la empresa, proponiéndola menos dependiente de su posición en el mercado (externa) y más de la explotación de recursos y capacidades internas únicas, a partir de la influencia de autores como Penrose (1959), Hamel y Prahalad (1990), Mahoney y Pandian (1992) y Peteraf (1993). Estos estudios basados en los recursos y capacidades de la empresa orientaron la estrategia empresarial hacia la ventaja competitiva, la innovación y los procesos internos en la empresa.

El marco del proceso evolutivo de la Teoría de la Estrategia (Fig. 2.1), desarrollado por Eduardo Bueno (1995), presenta las diversas corrientes del pensamiento estratégico que constituyen el fundamento doctrinal y teórico de esta disciplina.

Esta nueva perspectiva refleja el descontento con el marco estático de la economía industrial que había predominado en el pensamiento contemporáneo, al mismo tiempo que revitaliza el interés por teorías anteriores sobre rentabilidad y competencia, como las formuladas por David Ricardo, Joseph Schumpeter y Edith Penrose. Durante las últimas décadas, el enfoque se ha desplazado desde la orientación sectorial hacia el análisis de la relación entre la estrategia y el ámbito interno de la organización.

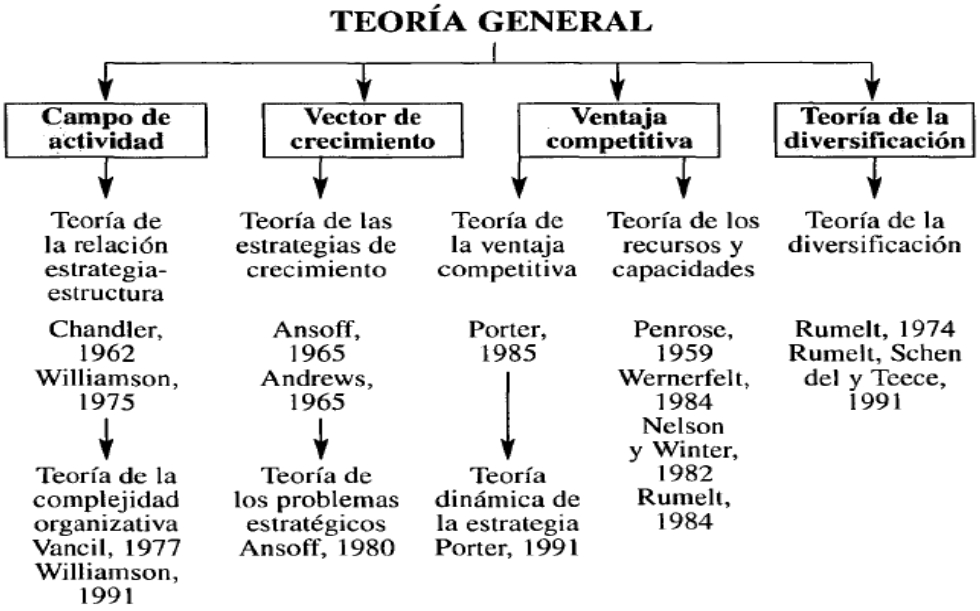


Fig. 2.1. **Evolución de la Teoría de la Estrategia**

Fuente. Tomado de: Bueno E., 1995.

más especialmente a los recursos y capacidades de la empresa; capacidades como la gestión del conocimiento y la innovación (Hernández, J. S., & Ibarra Mirón, S., 2002).

En el panorama contemporáneo, la teoría estratégica se orienta hacia la innovación estratégica como concepto central. Diversos autores como Geroski (1998), Hamel y Prahalad (1996), Kim y Mauborgne (2014) y Markides (2006) coinciden en destacar la importancia de establecer una visión de crecimiento, implementar procesos creativos en la formulación estratégica, redefinir los límites del mercado y la industria, así como generar valor significativo para los clientes junto con un crecimiento sostenido para las empresas.

Schlegelmilch et al. (2003) conceptualiza la innovación estratégica como la reconceptualización de los modelos de negocio y la transformación de los mercados establecidos, mediante la ruptura de las reglas competitivas

convencionales, con el objetivo de alcanzar mejoras sustanciales en el valor para el cliente y un crecimiento acelerado para las organizaciones.

Complementariamente, Varadarajan (2018) define la innovación estratégica como el proceso de creación de valor mediante la aplicación sistemática de conocimientos y recursos para materializar ideas orientadas a nuevos productos, procesos o prácticas, con capacidad para generar efectos transformadores en la evolución de los mercados e industrias.

2.1.2 Teoría de los Recursos y las Capacidades de la empresa

La teoría fue inicialmente desarrollada por Mahoney y Pandian (1992) y Peteraf (1993), quienes partieron del principio fundamental de la heterogeneidad empresarial en recursos y capacidades internas. Estos autores postularon que cuando las competencias corporativas superan a las de los competidores y se alinean estratégicamente con las oportunidades del entorno, pueden constituir la base para una ventaja competitiva sostenible.

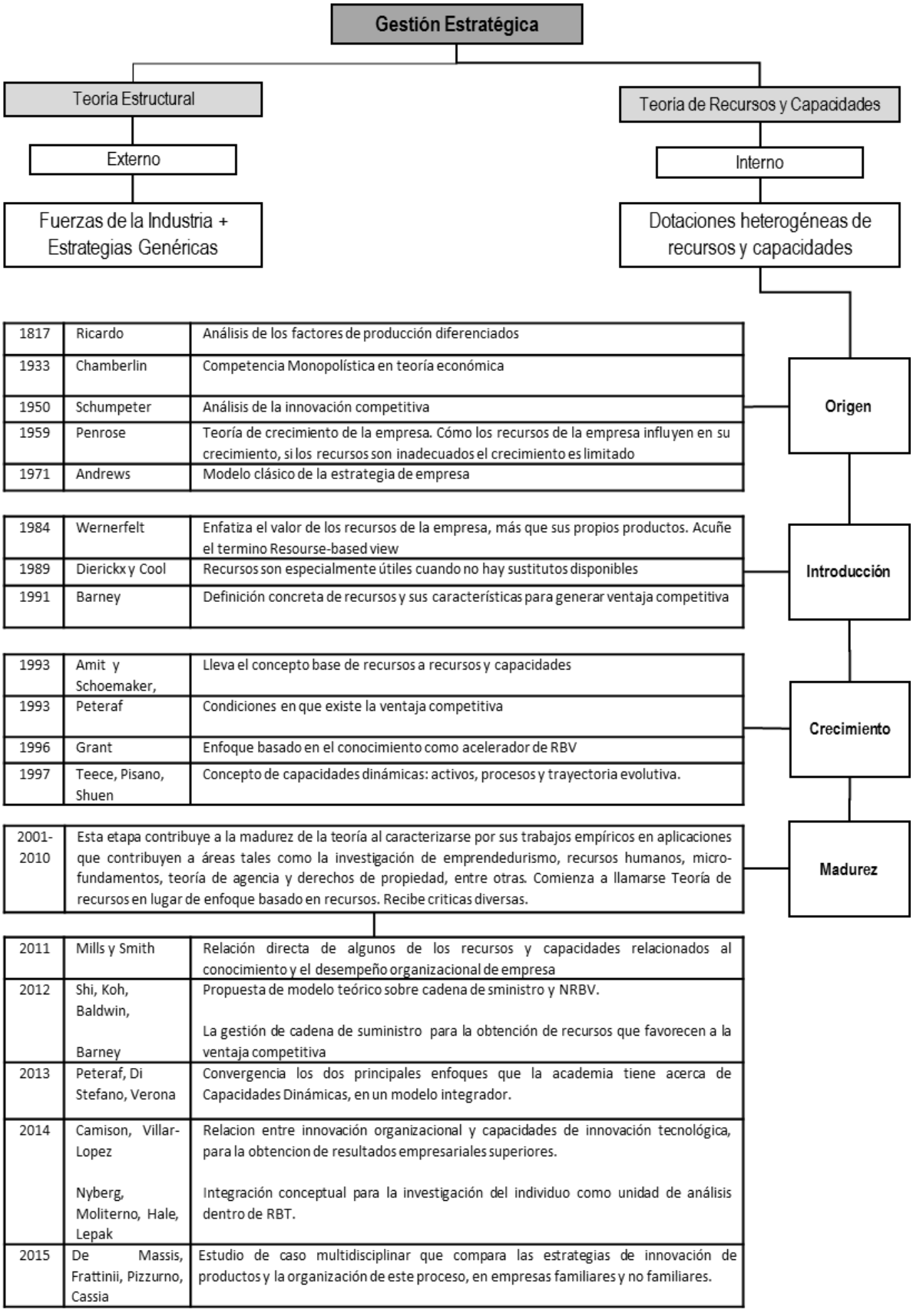
Posteriormente, se produjeron contribuciones significativas de autores como Teece (1997) con su enfoque en las capacidades dinámicas, y Barney (2001) con su énfasis en los recursos valiosos, raros, inimitables y no sustituibles. Fong et al. (2017) sintetizaron esta evolución teórica mediante una cronología que relaciona sistemáticamente los principales aportes a la Teoría de Recursos y Capacidades con la ventaja competitiva y los procesos de innovación (ver Fig. 2.2).

Dentro de este marco conceptual, los aportes de Edith Penrose (1959) constituyen los cimientos fundamentales para el desarrollo de esta teoría. La autora postula que la escala de una organización se determina por el volumen y características de sus recursos, mientras que su expansión se explica por la capacidad de generar servicios empresariales -particularmente servicios

directivos- a partir de dichos recursos. Estos servicios se convierten en los elementos configuradores de las competencias organizativas y gerenciales que impulsan el crecimiento empresarial.

Los recursos constituyen el conjunto de activos controlables y disponibles para una organización, los cuales pueden clasificarse en cuatro categorías fundamentales: físicos, tecnológicos, humanos y organizativos. En consecuencia, la ventaja competitiva empresarial se sustenta tanto en activos tangibles como intangibles, siendo estos últimos particularmente cruciales para la competitividad (Bueno y Morcillo, 1993).

El objetivo principal de la formulación de la estrategia es desarrollar recursos y capacidades para lograr una ventaja competitiva. Mientras que la visión tradicional de la ventaja competitiva se enfoca en sus fuentes genéricas, como el coste y la diferenciación, la perspectiva basada en recursos pone el énfasis en los propios recursos y capacidades que sustentan estas ventajas. Grant (1991), uno de los principales autores de esta teoría, propone un marco que vincula los recursos y capacidades de la empresa con su estrategia y ventaja competitiva (ver Figura 2.3).



1817	Ricardo	Análisis de los factores de producción diferenciados
1933	Chamberlin	Competencia Monopolística en teoría económica
1950	Schumpeter	Análisis de la innovación competitiva
1959	Penrose	Teoría de crecimiento de la empresa. Cómo los recursos de la empresa influyen en su crecimiento, si los recursos son inadecuados el crecimiento es limitado
1971	Andrews	Modelo clásico de la estrategia de empresa
1984	Wernerfelt	Enfatiza el valor de los recursos de la empresa, más que sus propios productos. Acuñe el termino Resourse-based view
1989	Dierickx y Cool	Recursos son especialmente útiles cuando no hay sustitutos disponibles
1991	Barney	Definición concreta de recursos y sus características para generar ventaja competitiva
1993	Amit y Schoemaker,	Lleva el concepto base de recursos a recursos y capacidades
1993	Peteraf	Condiciones en que existe la ventaja competitiva
1996	Grant	Enfoque basado en el conocimiento como acelerador de RBV
1997	Teece, Pisano, Shuen	Concepto de capacidades dinámicas: activos, procesos y trayectoria evolutiva.
2001-2010		Esta etapa contribuye a la madurez de la teoría al caracterizarse por sus trabajos empíricos en aplicaciones que contribuyen a áreas tales como la investigación de emprendedurismo, recursos humanos, micro-fundamentos, teoría de agencia y derechos de propiedad, entre otras. Comienza a llamarse Teoría de recursos en lugar de enfoque basado en recursos. Recibe criticas diversas.
2011	Mills y Smith	Relación directa de algunos de los recursos y capacidades relacionados al conocimiento y el desempeño organizacional de empresa
2012	Shi, Koh, Baldwin, Barney	Propuesta de modelo teórico sobre cadena de sminstro y NRBV. La gestión de cadena de suministro para la obtención de recursos que favorecen a la ventaja competitiva
2013	Peteraf, Di Stefano, Verona	Convergencia los dos principales enfoques que la academia tiene acerca de Capacidades Dinámicas, en un modelo integrador.
2014	Camison, Villar-Lopez Nyberg, Moliterno, Hale, Lepak	Relacion entre innovación organizacional y capacidades de innovación tecnológica, para la obtencion de resultados empresariales superiores. Integración conceptual para la investigación del individuo como unidad de análisis dentro de RBT.
2015	De Massis, Frattinii, Pizzurno, Cassia	Estudio de caso multidisciplinar que compara las estrategias de innovación de productos y la organización de este proceso, en empresas familiares y no familiares.

Fig.2.2 Cronología de principales aportes de la Teoría de los Recursos y Capacidades

Fuente. Tomado de: Fong Reynoso, et al (2017)

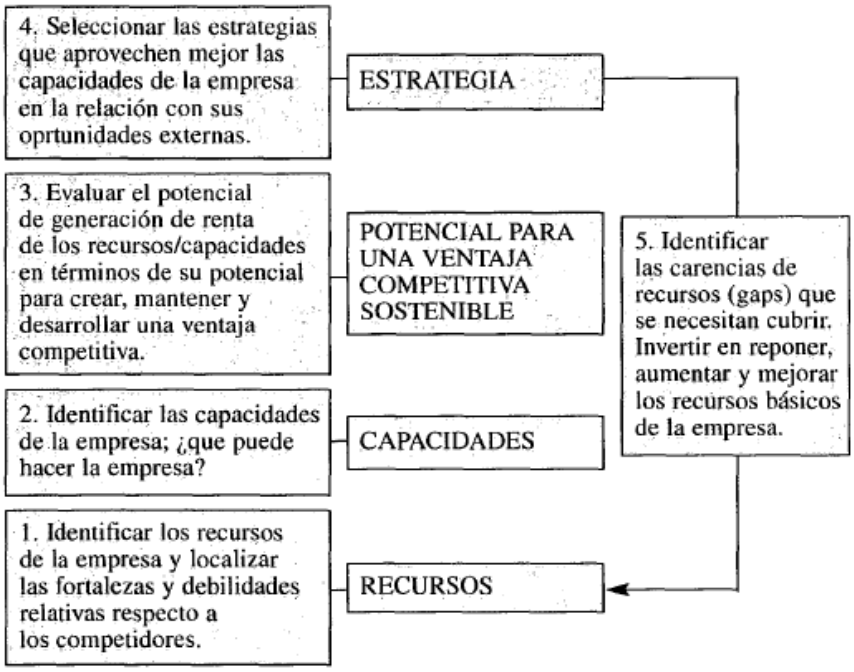


Fig.2.3 **Marco práctico para el análisis estratégico basado en la Teoría de Recursos y Capacidades**

Fuente. Tomado de: Hernández, J. S., & Ibarra Mirón, S. (2002).

2.1.2 La Gestión del Conocimiento y la Innovación

Para mantener y fortalecer la ventaja competitiva, las organizaciones deben implementar un proceso continuo de inversión estratégica y acumulación sistemática de recursos y capacidades. Este esfuerzo requiere priorizar el aprendizaje organizacional para actualizar permanentemente la base de conocimientos y generar innovación sostenida. Paralelamente, es fundamental establecer alianzas estratégicas que permitan acceder a activos y competencias desarrolladas por otras empresas, complementando así las capacidades internas (Hamel y Prahalad, 1996; Grant, 1996).

El enfoque estratégico en el aprendizaje organizacional surge de la necesidad de revitalizar y consolidar las capacidades distintivas de la empresa. La gestión del

conocimiento se erige como elemento fundamental en el desarrollo de recursos y competencias, dado que la eficacia en la generación y transferencia de conocimiento intraorganizacional determina en gran medida la ventaja competitiva. Esta perspectiva encuentra sustento en las contribuciones de diversos autores que, desde enfoques complementarios, han destacado el papel central del conocimiento en la dinámica empresarial (Nonaka y Takeuchi, 1995; Nueno, Kalthoff y Nonaka, 1998).

La ventaja competitiva más perdurable se fundamenta en la capacidad de acelerar los procesos de aprendizaje en comparación con los competidores, lo que necesariamente conlleva la aplicación práctica del conocimiento mediante la innovación. La innovación debe conceptualizarse como una capacidad estratégica fundamental que opera simultáneamente como mecanismo de generación de nuevo conocimiento y como vehículo para su implementación práctica.

Este enfoque fortalece la competencia organizacional para internalizar conocimientos externos y requiere el desarrollo de una cultura innovadora que garantice su sostenibilidad temporal. Los procesos integrados de gestión del conocimiento, aprendizaje organizacional e innovación permiten optimizar el potencial de los recursos y capacidades existentes, y cuando estos resultan insuficientes, desarrollar nuevas competencias que mantengan la ventaja competitiva (ver Figura 2.4).

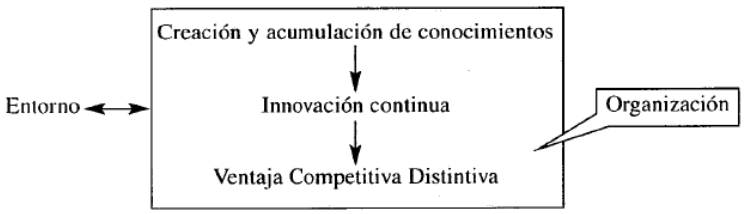


***Fig. 2.4 Construcción de una ventaja competitiva a partir de la creación de* conocimiento**

Fuente. Tomado de Hernández, J. S., & Ibarra Mirón, S. (2002).

2.1.3 Capacidades, Ventaja Competitiva e Innovación

Uno de los determinantes fundamentales del éxito organizacional reside en la capacidad innovadora, la cual se constituye como un componente estratégico prioritario debido al impacto decisivo de las competencias científicas y tecnológicas en la rentabilidad empresarial. La innovación emerge como fuente generadora de ventaja competitiva sostenible, posicionándose como la estrategia central que deben adoptar las organizaciones contemporáneas. En contraposición a los paradigmas tradicionales que privilegiaban el atractivo industrial y la participación de mercado, los gestores deben orientar sus decisiones utilizando la innovación y la creación de valor como parámetros fundamentales para la dirección empresarial (Chatzoglou & Chatzoudes, 2018).

La construcción de una ventaja competitiva sostenible fundamentada en la innovación requiere priorizar la inversión en recursos intangibles, los cuales presentan una superioridad estratégica frente a los recursos tangibles. Esta preeminencia se sustenta en que los activos intangibles constituyen fuentes más robustas de capacidades distintivas, al no poder ser adquiridos en el mercado ni replicados fácilmente por los competidores, facilitando así la obtención de una posición competitiva perdurable en el mercado (Conil y Velazco, 2010).

La Teoría de Recursos y Capacidades se sustenta en tres postulados fundamentales: la heterogeneidad organizacional, que reconoce las diferencias sustanciales entre empresas según su dotación de recursos y capacidades; la limitada transferibilidad de estos activos, que impide su adquisición en condiciones equivalentes por parte de los competidores; y la naturaleza combinatoria del proceso innovador, que emerge de la interacción dinámica entre los recursos tecnológicos y las capacidades organizativas disponibles en la empresa.

De este modo, la organización generará innovaciones en productos o procesos mediante la integración estratégica y aplicación de sus recursos y capacidades internas, asumiendo un rol protagónico en la creación de tecnología. La evolución tecnológica y los procesos de innovación se convierten así en variables claramente endógenas al sistema organizacional, determinadas por sus decisiones y configuraciones internas. En efecto, las organizaciones, al enfrentarse a diversos estímulos, al igual que los seres humanos, responden mediante mecanismos automatizados que movilizan sus capacidades internas. Estas competencias se fundamentan en el conocimiento organizacional, con frecuencia de carácter tácito, que posibilita el establecimiento de rutinas operativas. Dichas rutinas constituyen patrones complejos de interacción entre los miembros de la organización y entre estos y los recursos disponibles, desarrollados progresivamente mediante procesos de aprendizaje colectivo. Estos patrones definen, en cada momento, los límites de acción y las posibilidades reales de la organización (Mathison et al., 2007).

En síntesis, el marco epistemológico de la innovación se fundamenta en la teoría de recursos y capacidades, a diferencia del enfoque sectorial predominante en la teoría estructural de la gerencia estratégica. Esta perspectiva, respaldada por los autores citados y adoptada como posición teórica en la presente investigación, concibe la innovación como resultado de la capacidad endógena de una organización para aprender continuamente y aplicar dicho conocimiento al desarrollo innovador. Este proceso constituye la base fundamental para la generación de ventajas competitivas sostenibles que producen resultados rentables y diferenciados frente a la competencia.

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Innovación

La innovación se erige como un pilar fundamental de la competitividad. Desde la óptica schumpeteriana, los elementos intangibles, dentro de los cuales la innovación ocupa un lugar central, actúan como catalizadores del crecimiento económico, ejerciendo una influencia primordial en este proceso. Dicha visión se opone de manera fundamental al postulado de la escuela neoclásica, la cual históricamente atribuyó la actividad económica exclusivamente a factores materiales, considerando el impacto de los intangibles como secundario. En la concepción de Schumpeter, son estos últimos factores los que asumen un papel rector en el avance económico, destinando a los componentes materiales una función accesoria y no decisiva (Montoya, 2004).

La innovación representa un motor fundamental para el crecimiento económico, la transformación de los sectores industriales, la obtención de ventajas competitivas y la mejora de los servicios públicos (Damanpour, Walker & Avellaneda, 2009). Constituye un esfuerzo permanente de las organizaciones por capturar nuevos segmentos de mercado y alcanzar una posición de superioridad frente a sus competidores. Sin embargo, el aspecto más relevante no radica en la innovación en sí misma, sino en la capacidad de generar una ventaja competitiva sostenible mediante la temporal ausencia de competencia directa y el establecimiento de barreras de entrada que protejan el nuevo mercado creado (Gallegos & Reyes, 2008).

Existen múltiples definiciones de la innovación que pueden variar en su redacción, pero todas enfatizan la necesidad de completar los aspectos de

desarrollo y explotación del nuevo conocimiento, no solo su invención. Ver resumen de las principales definiciones (ver Fig. 2.5).

Autores	Conceptos
J. Schumpeter (1934)	Cualquier forma de hacer las cosas de modo distinto en el reino de la vida económica
F. Knight (1967)	Adopción de un cambio que resulte novedoso para la empresa y para el entorno
Zaltman y otros (1973)	Es el desarrollo de una idea, práctica o artefacto que es percibido como tal por las empresas dentro de un entorno relevante
Nelson Winter y (1982)	Es un cambio que requiere un considerable grado de imaginación y que constituye una ruptura relativa en las formas establecidas de hacer las cosas; con ello, fundamentalmente, crea una capacidad
Chriss Freeman (1982)	La innovación industrial comprende el conjunto integrado de actividades técnicas, de diseño, manufactura, gestión organizacional y estrategias comerciales que posibilitan la introducción al mercado de productos novedosos o sustancialmente mejorados, así como la implementación pionera de procesos o equipos con aplicaciones comerciales inéditas.
Roy Rothwell and Paul Gardiner (1985)	La innovación no implica necesariamente la comercialización de solo un avance importante en el estado del arte tecnológico (una innovación radical), sino que incluye también la utilización de cambios incluso a pequeña escala en los conocimientos tecnológicos (una mejora o innovación incremental)
Peter Drucker (1985)	Es un término económico y social, supone un cambio en la conducta de las personas como consumidores o productores
Michael Porter (1991)	Las empresas logran una ventaja competitiva a través de actos de innovación. Abordan la innovación en su sentido más amplio, incluidas tanto las nuevas tecnologías como las nuevas formas de hacer las cosas.
Nonaka y Takeuchi (1995)	Consiste en un continuo proceso de aprendizaje por el cual las empresas generan nuevo conocimiento tecnológico

Richard Brandson (1998)	Un negocio innovador es aquel que vive y respira "fuera de la caja". No son solo buenas ideas, es una combinación de buenas ideas, personal motivado y una comprensión instintiva de lo que quiere su cliente.
Manual de Frascati (2002)	Actividades que son el conjunto de etapas científicas, tecnológicas, organizativas, financieras y comerciales que llevan a la implementación de productos y procesos mejorados
OCDE (2018)	Una **innovación** es un producto o proceso nuevo o mejorado (o una combinación de ellos) que difiere significativamente de los productos o procesos anteriores de la unidad y que se ha puesto a disposición de usuarios potenciales (producto) o se ha puesto en uso por la unidad (proceso).
Tidd, Bessant y Pavitt (2005)	Conjunto de actividades organizacionales para la creación o adquisición de soluciones, prototipos, intentos de producción, producción y comercialización de productos y servicios inéditos o mejorados.
Real Academia Española (2014)	Acción y efecto de innovar; creación o modificación de un producto y su introducción en el mercado

Fig. 2.5 **Definiciones de Innovación y autores**

Fuente. Elaboración propia tomado de Tidd y Bessant (2013) y Luna, J. P. S. (2016)

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2018), una innovación se define como la introducción de un producto o proceso —o una combinación de ambos— que presenta mejoras sustanciales o características novedosas en comparación con las soluciones previas de la organización, y que ha sido implementada internamente (en el caso de los procesos) o puesta a disposición de los usuarios (en el caso de los productos).

Esta definición aborda dos distinciones importantes: primero, el proceso de "innovación" comprende el desarrollo tecnológico de una invención combinada con la introducción al mercado de esa invención a los usuarios finales mediante

la adopción y difusión, y segundo, el proceso de innovación es iterativo en naturaleza y, por tanto, incluye automáticamente la primera introducción de una nueva innovación y la reintroducción de una mejora en la innovación.

Es importante aclarar según refiere (García y Calantone, 2002), que una invención no se convierte en una innovación hasta que se haya procesado a través de la producción y tareas de marketing y se difunde en el mercado. La innovación incluye no solo investigación básica y aplicada, sino también productos desarrollo, fabricación, marketing, distribución, mantenimiento y posterior adaptación y actualización del producto. Un descubrimiento que no va más allá del laboratorio sigue siendo una invención. Un descubrimiento que se mueve desde el laboratorio en la producción, y agrega valor económico a la empresa (incluso si solo se ahorraran costos) se consideraría una innovación.

2.3.2 Tipos de innovación

En forma similar, existen múltiples clasificaciones sobre innovación, Geldes y Hurtado (2017), nos proponen el siguiente cuadro resumen de tipos de innovación asociado con autores en el tiempo (ver fig. 2.6).

Autores	**Conceptos**
J. Schumpeter (1934)	Nuevos productos, nuevos métodos de producción, nuevas fuentes de suministro, explotación de nuevos mercados, nuevas formas de organizar los negocios
F. Knight (1967)	Innovación de producto o servicio, innovación de producción-procesos, innovación en la estructura organizacional, innovación en personas
Evan (1966)	Innovaciones administrativas y técnicas
Dewar y Button (1986) García y Calantone (2002)	Innovaciones incrementales y radicales
Damanpour (1987)	Innovación técnica, innovación administrativa, innovación auxiliar (requiere que los clientes se involucren)
Cooper (1988)	Innovación administrativa y técnica (incremental o radical) ; innovación de procesos o productos (incremental y radical)

Christensen, et al. (2003)	Innovación disruptiva
OCDE (2005); OCDE (2018) Schmidt y Rammer (2007)	Innovación de producto, innovación de proceso (tecnológica), innovación organizacional, innovación de marketing (no tecnológicas)
Francis y Bessant (2005)	Innovación de producto, innovación de proceso, innovación de posicionamiento (marketing) e innovación paradigmática (cambios en los modelos mentales de la organización)
Oke et.al (2007)	Innovación de producto (radical o incremental), innovación de servicios, innovación de procesos (administrativos, servicios o producción)
Rowley et al. (2011)	Innovación de producto(producto, hibrido o servicio), innovación de procesos (técnicos, producción, administrativo, de estructura organizacional, personas y gestión), innovación de posicionamiento (comercial), innovación paradigmática
Agarwal y Brem (2012), Radjou y Prabhu (2013), Tiwari, Kalogerakis y Herstatt (2014).	Innovación frugal (producir, rediseñar y desarrollar productos y procesos a un costo mínimo)
Govindarajan, V. y Trimble, C. (2013).	La innovación inversa se refiere ampliamente al proceso mediante el cual productos desarrollados como modelos de bajo costo pueden satisfacer las necesidades de las naciones en desarrollo
Kjellber et al. (2015)	Innovaciones de mercado (cambios en la forma que se hacen los negocios)
Purchase et al. (2016)	Innovación técnica, innovación comercial, innovación ambidextra

Fig. 2.6 **Tipos de Innovación y autores**

Fuente. Geldes, C., Hurtado, J. (2017)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2005) clasifica la innovación en cuatro categorías principales: innovación de producto, de proceso, de marketing y organizativa.

- **Innovación de producto:** Esta se define como la introducción al mercado de un bien o servicio nuevo, o que ha experimentado mejoras sustanciales en sus especificaciones técnicas, componentes, materiales, software integrado u otras propiedades funcionales. Estas mejoras pueden derivarse de la aplicación de nuevas tecnologías, de combinaciones innovadoras de tecnologías existentes, de avances significativos en las características técnicas, de la incorporación de nuevos materiales o componentes, o de

modificaciones en el diseño que redunden en un mejor desempeño del producto.

- En esta misma línea, Tidd y Bessant (2013) definen la innovación de producto como los "cambios en los elementos (productos/servicios) que una organización ofrece" (p.24). En consecuencia, este tipo de innovación puede materializarse a través del desarrollo de productos completamente nuevos, de la optimización de características, funcionalidades o rendimiento de los existentes, de la reducción de costos de producción, o de cualquier otra mejora sustancial que agregue valor.

- **Innovación de Proceso:** Consiste en la implementación de métodos de producción o distribución nuevos o sustancialmente mejorados, lo que implica modificaciones en técnicas, materiales, equipos, software de gestión, sistemas logísticos y demás elementos involucrados. Según Tidd y Bessant (2013), este tipo de innovación se refiere a los "cambios en la forma en que los productos son creados y entregados" (p.24).

  Una clasificación más detallada es propuesta por Damanpour et al. (2009), quienes distinguen entre innovación en procesos tecnológicos y administrativos. Los procesos tecnológicos incorporan elementos novedosos en los sistemas productivos que optimizan las operaciones mediante la reducción de tiempos de entrega, el aumento de la flexibilidad operativa y la disminución de costos de producción. Por su parte, las innovaciones en procesos administrativos comprenden "nuevos enfoques y prácticas para motivar y compensar al personal, diseñar la estrategia organizacional, estructurar las tareas y transformar los procesos de gestión" (p.655).

- **Innovación de Mercadotecnia:** Consiste en la implementación de métodos novedosos de comercialización que conllevan modificaciones significativas en elementos como el empaquetado, el posicionamiento en el mercado, las estrategias promocionales o los sistemas de tarificación. Según la OCDE

(2005), para que estas modificaciones se consideren una innovación deben representar un avance sustancial con respecto a las prácticas comerciales anteriores. Este tipo de innovación abarca desde el desarrollo de nuevos canales de distribución y conceptos promocionales, hasta cambios en la presentación del producto que no alteren sus funciones básicas, todo ello con el objetivo de responder más efectivamente a las demandas del consumidor, explorar nuevos segmentos de mercado y fortalecer el posicionamiento de la marca.

En concordancia con esta perspectiva, Tidd y Bessant (2013) denominan a este fenómeno "innovación en posición", explicando que consiste en modificar la percepción del cliente respecto a un producto o servicio establecido, dentro de un contexto de uso específico. Este enfoque se centra en transformar el entorno en el que se introduce el producto, sin realizar alteraciones en su composición física o funcionalidad básica.

- **La innovación organizacional:** Implica la adopción de nuevos métodos en las prácticas internas, la estructuración del entorno laboral o la gestión de las relaciones externas de la empresa. Esto representa la aplicación de ideas técnicas o administrativas que generan transformaciones estructurales, mejorando el desempeño organizacional frente a la incertidumbre del entorno. Según Tidd y Bessant (2013), este concepto se vincula con la innovación de paradigma, que modifica los modelos mentales que fundamentan las operaciones de la organización.

  De acuerdo con la OCDE (2005), la innovación organizacional abarca la implementación de nuevas metodologías para optimizar rutinas y procedimientos operativos, sistemas de distribución de responsabilidades y autoridad, diseños estructurales novedosos y formas de colaboración con otras entidades.

Cruz (2017) complementa esta perspectiva destacando la clasificación propuesta por Damanpour y Evan (1984), que diferencia entre innovaciones técnicas y administrativas. Las innovaciones técnicas optimizan el sistema productivo de la organización, ya sea mediante nuevos productos, servicios o procesos. Por su parte, las innovaciones administrativas transforman el sistema social organizacional, redefiniendo las interacciones humanas y estableciendo nuevas normas, roles, procedimientos y estructuras que favorecen la gestión del talento humano.

Adicionalmente, entre las principales clasificaciones de la innovación podemos mencionar las siguientes:

2.3.2.1 Innovación según su naturaleza.

Según Pascale (2005)

- **Innovación tecnológica**: Efectivamente, esta conceptualización emerge de la aplicación tecnológica como vehículo para impulsar transformaciones organizacionales. Históricamente, esta categoría de innovación se ha vinculado predominantemente con la modificación de los elementos centrales que configuran los sistemas productivos.
- **Innovación comercial:** Esta aparece como resultado del cambio de cualquiera de las diversas variables del marketing. El éxito comercial de un nuevo producto o servicio esencialmente depende de la superioridad del mismo sobre los restantes y del conocimiento del mercado y la eficacia del marketing desarrollado al efecto.
- **Innovación organizativa:** En este caso el cambio ocurre en la dirección y organización bajo la cual se desarrolla la actividad productiva y comercial de la empresa. Es un tipo de innovación que, entre otras cosas, posibilita un mayor acceso al conocimiento y un mejor aprovechamiento de los recursos materiales y financieros.

2.3.2.2 Innovación según el grado de novedad

Según Sieber, S. y Valor, J. (2007):

- **Innovación incremental:** Se trata de pequeños cambios dirigidos a incrementar la funcionalidad y las prestaciones de la empresa que, si bien aisladamente son poco significativas, cuando se suceden continuamente de forma acumulativa pueden constituir una base permanente de progreso. Así, se observa cómo el crecimiento y el éxito experimentado por las empresas de automoción en los últimos tiempos responde, en gran parte, a programas a largo plazo caracterizados por una sistemática y continua mejora en el diseño de productos y procesos.

- **Innovación radical:** Implica una ruptura con lo ya establecido. Son innovaciones que crean nuevos productos o procesos que no pueden entenderse como una evolución natural de los ya existentes. Aunque no se distribuyen uniformemente en el tiempo como las innovaciones incrementales, si surgen con cierta frecuencia. Se trata de situaciones en las que la utilización de un principio científico nuevo provoca la ruptura real con las tecnologías anteriores, un ejemplo puede ser la máquina de vapor o el microprocesador.

2.3.2.3 Innovación según el objeto

Según lo define el Grupo GETEC (2008):

- **Producto:** Fabricación y comercialización de nuevos productos o mejores versiones de productos existentes, ya sea mediante tecnologías nuevas (microprocesadores, videocasetes, etc.) o mediante nuevas utilizaciones de tecnologías existentes (walkman, agenda electrónica, etc.).

- **Proceso:** Instalación de nuevos procesos de producción para mejorar la productividad o racionalizar la fabricación, ya sea para la fabricación de productos nuevos o para la fabricación más eficiente de productos existentes (como por ejemplo la nueva técnica de litografía para fabricación de memorias RAM).

2.3.2.4 Innovación según el impacto de la innovación

Se toma en cuenta dos ejes (ver fig. 2.7):

- **Eje del Mercado:** Se refiere al grado de novedad que representa la innovación para el mercado al que se dirige.
- **Eje del Producto o Servicio:** Se centra en el grado de novedad que representa la innovación en términos de producto o servicio ofrecido.



***Fig. 2.7* Impacto de la innovación**

- *Fuente. Tomado de Muñiz Edgar, basado Chung et al. (2024)*

- **Innovación Incremental:** Son pequeñas mejoras en productos o servicios existentes, que buscan mantener la ventaja competitiva y satisfacer las necesidades cambiantes de los clientes.
- Innovación Radical: Implican la creación de nuevos productos o servicios que transforman completamente el mercado, creando nuevas categorías y necesidades.

- **Innovación Disruptiva:** Desafían a las empresas establecidas al ofrecer productos o servicios más simples y baratos, pero que satisfacen las necesidades básicas de un segmento del mercado.
- Esta puede ser innovación disruptiva de nuevo mercado (nuevos consumidores) o innovación disruptiva de mercado de gama baja o gama alta nuevas formas de usar el mismo producto.
- (Assink, M, 2006; Contreras *et al*, 2023).

2.3.2.5 Innovación según la gestión

- **Modelo de Innovación Lineal:** La concepción tradicional del proceso innovador lo representa como una secuencia lineal de etapas claramente delimitadas y sucesivas. Según este enfoque, la innovación se origina en la investigación fundamental, progresa hacia la investigación aplicada, continúa con el desarrollo de productos y culmina con su comercialización y difusión (Godin, 2006).

- **Innovación Abierta y Participativa:** Frente a esta visión secuencial, ha surgido recientemente una perspectiva que interpreta la innovación como un proceso complejo, iterativo y con participación multisectorial. Eric von Hippel, con su concepto de "user innovation", destaca en esta corriente. En su obra *The Sources of Innovation*, postula que la innovación es un fenómeno distribuido donde los usuarios o consumidores desempeñan un

rol central, formando redes colaborativas con proveedores, fabricantes y otros actores (von Hippel, 1988).

- Otra perspectiva que supera el modelo lineal es la de **Innovación Abierta**, desarrollada por Henry Chesbrough (2003). La define como "el uso intencionado de flujos de conocimiento interno y externo para acelerar la innovación interna, así como para expandir los mercados mediante la aplicación externa de dicha innovación". Este modelo postula que las organizaciones pueden y deben integrar ideas tanto internas como externas, y utilizar múltiples vías de comercialización, tanto propias como ajenas, para impulsar el avance tecnológico (Chesbrough, 2003).

2.3.2.6 Innovación según la estrategia

La tipología de innovación propuesta por Pisano (2015) se estructura en dos dimensiones fundamentales: la magnitud del cambio tecnológico y el grado de transformación del modelo de negocio. Esta dualidad genera cuatro categorías distintivas:

1. **Innovación rutinaria**: Se desarrolla dentro de las capacidades tecnológicas y el modelo de negocio establecidos, reforzando la relación con la base de clientes existente.
2. **Innovación disruptiva**: Requiere la reconfiguración del modelo de negocio sin depender necesariamente de avances tecnológicos significativos.
3. **Innovación radical**: Representa el desafío tecnológico puro, donde la ruptura se produce en las capacidades técnicas sin alterar sustancialmente el modelo de negocio, como demostró el surgimiento de la biotecnología farmacéutica.

4. **Innovación arquitectónica**: Combina simultáneamente disrupciones tecnológicas y de modelo de negocio, como ocurrió en la transición de la fotografía analógica a digital, que exigió a las empresas tradicionales dominar competencias completamente nuevas en múltiples campos tecnológicos y comerciales.

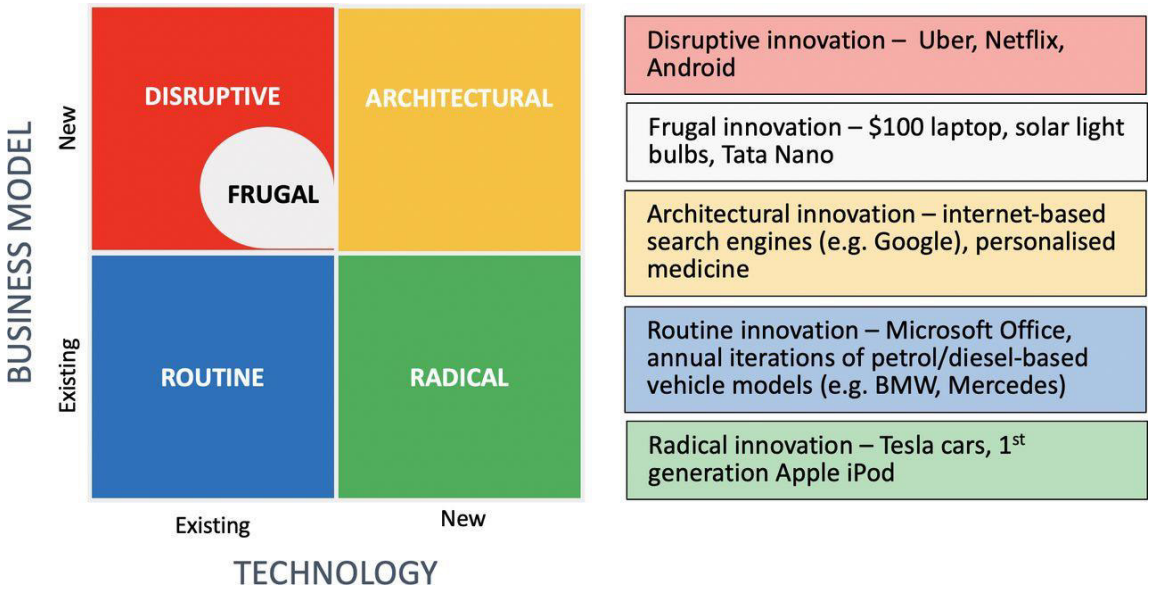


Fig. 2.8 **Innovación según la estrategia**

- *Fuente. Tomado de: Pisano, GP (2015); Sounderajah, V., Patel, V., (2020)*

Efectivamente, esta matriz analítica permite evaluar la relación entre una innovación potencial y las capacidades establecidas de una organización en dos dimensiones críticas: su modelo de negocio actual y sus competencias tecnológicas existentes. Al diseñar una estrategia de innovación, las empresas deben determinar estratégicamente la distribución de recursos entre el desarrollo tecnológico y la transformación del modelo de negocio, reconociendo que estas dos dimensiones pueden modificarse de manera independiente o conjunta según la tipología de innovación seleccionada.

2.3.2.7 Innovación según su impacto económico y social

La conceptualización contemporánea de la innovación ha trascendido el enfoque tradicional centrado en lo tecnológico y la rentabilidad, incorporando otras dimensiones de valor. Entre estas destaca la **innovación social**, orientada a desarrollar bienes y servicios que atienden necesidades sociales mientras generan nuevas dinámicas de colaboración.

- **Innovación tecnológica:** mantiene su relevancia bajo la definición de la OCDE (2018) como la introducción de productos o procesos sustancialmente mejorados que son implementados por la organización o puestos a disposición de los usuarios. Esta concepción, de raíz schumpeteriana, prioriza la medición cuantitativa de los impactos económicos y considera a las empresas como actores centrales en la generación, difusión y apropiación de los beneficios de la innovación (Pastor Pérez & Balbinot, 2021).

- **Innovación Social**: Constituye una respuesta novedosa a problemáticas sociales que demuestra superior efectividad, eficiencia o sostenibilidad respecto a soluciones existentes, caracterizándose porque el valor generado beneficia primordialmente a la colectividad antes que a individuos particulares. Estas innovaciones pueden materializarse en diversas formas: desde productos, procesos productivos o tecnologías, hasta principios rectores, marcos legales, movimientos sociales o intervenciones estratégicas, ya sea de manera aislada o combinada (Phills et al., 2008).

- **Innovación frugal** emerge de procesos de innovación ascendentes (*bottom-up*), dirigidos específicamente a poblaciones con necesidades insatisfechas en mercados emergentes. Para ser considerada como tal, debe cumplir con tres criterios fundamentales: optimizar el rendimiento

> del producto mediante una reducción sustancial de costos, concentrarse en las funcionalidades esenciales, y poseer características de robustez, portabilidad, adaptabilidad y simplicidad (Pastor Pérez & Balbinot, 2021).

Efectivamente, el concepto de innovación frugal se extiende para abarcar dos categorías adicionales relacionadas:

- **Innovación inversa**: Se refiere al desarrollo de tecnologías concebidas inicialmente para mercados emergentes que posteriormente se adaptan y expanden hacia países desarrollados, invirtiendo así el flujo tradicional de innovación (Montoya Bayardo et al., 2018).
- **Innovación de bajo costo**: Consiste en productos que mantienen las funcionalidades esenciales de los existentes en mercados desarrollados, pero logran una reducción significativa en su costo de producción y precio final (Pastor Pérez & Balbinot, 2021).

Estas modalidades comparten el principio fundamental de optimizar recursos y priorizar la accesibilidad, aunque se diferencian en su enfoque geográfico y estrategia de valor.

2.3.2.8 Innovación de apoyo (incrementales) e Innovación disruptiva

Según Christensen (2000), existen dos tipos de innovación, la innovación de apoyo y la innovación disruptiva. Las de apoyo se caracterizan por la mejora continua del funcionamiento de un producto o proceso y generalmente las adoptan empresas dominantes de la industria. Por otro lado, las disruptivas son aquellas que interrumpen o redefinen la trayectoria del funcionamiento del producto o servicio, las empresas dominantes tienen dificultades para adoptar este tipo de innovación.

El mantener una trayectoria de mejora del funcionamiento del producto o servicio es un patrón muy importante de la innovación, el cual tiene como finalidad alcanzar un aumento de los márgenes de beneficio.

Las empresas ya establecidas pueden ser agresivas, innovadoras y capaces de satisfacer las necesidades de sus clientes con innovaciones de toda clase, pero muchas veces estas empresas líderes parecen ser esclavos de sus clientes, es decir, estas empresas son incapaces de afrontar con éxito la incorporación de innovaciones dirigidas a las partes menos rentables de su cartera de clientes o a nuevos mercados. De esta manera dichas empresas permiten que nuevas empresas entrantes absorban parte de su mercado.

2.3.3 Modelos para la Innovación

La tipología de modelos de innovación se estructura en dos categorías fundamentales. Por un lado, los modelos estáticos analizan los determinantes que influyen en la capacidad innovadora de las organizaciones en un instante temporal específico. Por otro lado, los modelos dinámicos adoptan una perspectiva longitudinal para examinar la trayectoria evolutiva de los procesos de innovación empresarial a través del tiempo (Llorens, 2010).

2.3.3.1 Modelos Estáticos

A. Innovación incremental versus radical

El impacto de la innovación en la empresa se manifiesta en dos categorías principales. La innovación radical exige un cuerpo de conocimiento tecnológico sustancialmente distinto al dominado por la organización, lo que tiende a tornar obsoleto el saber previo y por ello se la denomina "destructora de competencias".

Por su parte, la innovación incremental se edifica sobre las bases del conocimiento ya existente en la empresa o sobre aquel que puede ser asimilado desde el exterior mediante mecanismos como la contratación de talento o servicios de consultoría. Esta última representa la modalidad de innovación más frecuente, ya que se basa en la mejora progresiva de productos y procesos establecidos.

En esencia, mientras la innovación radical introduce una propuesta de valor tan superior que desplaza las soluciones previas, la incremental se incorpora al mercado sin necesariamente reemplazar los productos ya existentes (Afuah, 2003).

B. Modelo de Abernathy-Clark

El marco teórico establece que la capacidad de una empresa para aprovechar los avances tecnológicos, detectar tendencias emergentes y establecer negocios en segmentos de mercado definidos está determinada por el impacto disruptivo de la innovación tecnológica.

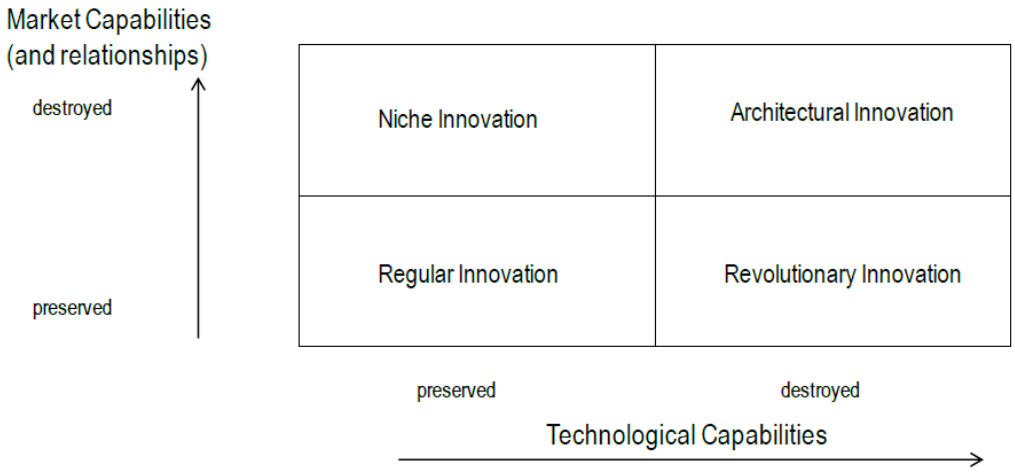
El modelo identifica dos dominios de conocimiento fundamentales: el tecnológico y el comercial. Desde esta óptica, una organización puede preservar su competitividad en el mercado incluso operando con bases tecnológicas parcialmente superadas. La clasificación de innovaciones se organiza en cuatro categorías según su grado de transformación:

- **Innovaciones regulares:** Se desarrollan dentro de las capacidades tecnológicas y comerciales existentes, optimizando los recursos disponibles para atender a la base de clientes actual.
- **Innovaciones de nicho:** Preservan la tecnología establecida pero reconfiguran el conocimiento de mercado, identificando nuevas oportunidades mediante la adaptación de productos ya conocidos.

- **Innovaciones revolucionarias:** Introducen tecnologías disruptivas que reemplazan las capacidades técnicas existentes, mientras mantienen los fundamentos comerciales de la organización.

- **Innovaciones arquitectónicas:** Transforman simultáneamente ambos tipos de capacidades, requiriendo una reestructuración organizacional profunda que puede generar nuevos sectores industriales y dinámicas competitivas (Kasztler et al., 2012; Llorens, 2010; Afuah, 2003).

-



-

Fig. 2.9 **Modelo de Albernathy-Clark.**

Fuente. Kasztler, A., et al. (2012)

La matriz (Figura 2.9) permite identificar el nivel de ruptura que una innovación tecnológica genera respecto a las condiciones y tendencias vigentes en el mercado. Esta herramienta facilita el análisis del impacto que cada tipo de innovación produce en los procesos comerciales, de venta, distribución y demás operaciones internas de la organización.

El eje X representa el sistema tecnológico, presentando dos escenarios posibles: la conservación de la situación actual del negocio o la disrupción generada por la

implementación de cambios tecnológicos significativos. Paralelamente, el eje Y corresponde al sistema comercial y las reglas de mercado del sector, ofreciendo igualmente dos alternativas: mantenimiento del statu quo o transformación radical (Kasztler et al., 2012; Llorens, 2010).

C. Modelo de Henderson-Clark

Según estos autores, las innovaciones se componen de elementos interconectados que requieren dos categorías de conocimiento: el conocimiento de componentes y el conocimiento arquitectónico, referido a las interconexiones entre dichos componentes. El impacto innovador puede manifestarse en uno o ambos tipos de conocimiento, con distintos niveles de intensidad.

La tipología presentada (ver fig. 2.10) distingue entre innovaciones que modifican los conceptos fundamentales de una tecnología y aquellas que transforman sus interrelaciones, configurando cuatro categorías específicas:

1. **Incremental**: Optimiza tanto el conocimiento de componentes como el arquitectónico.
2. **Radical**: Destruye ambos tipos de conocimiento, requiriendo una reconfiguración integral.
3. **Arquitectónica**: Preserva los componentes pero redefine radicalmente sus interconexiones.
4. **Modular**: Transforma los componentes manteniendo la estructura relacional existente.

Ilustrativamente, la transición de la telefonía analógica a la digital constituye una innovación modular, donde se alteraron los componentes fundamentales sin modificar la arquitectura básica del sistema de comunicación (Kasztler et al., 2012; Llorens, 2010; Afuah, 2003).

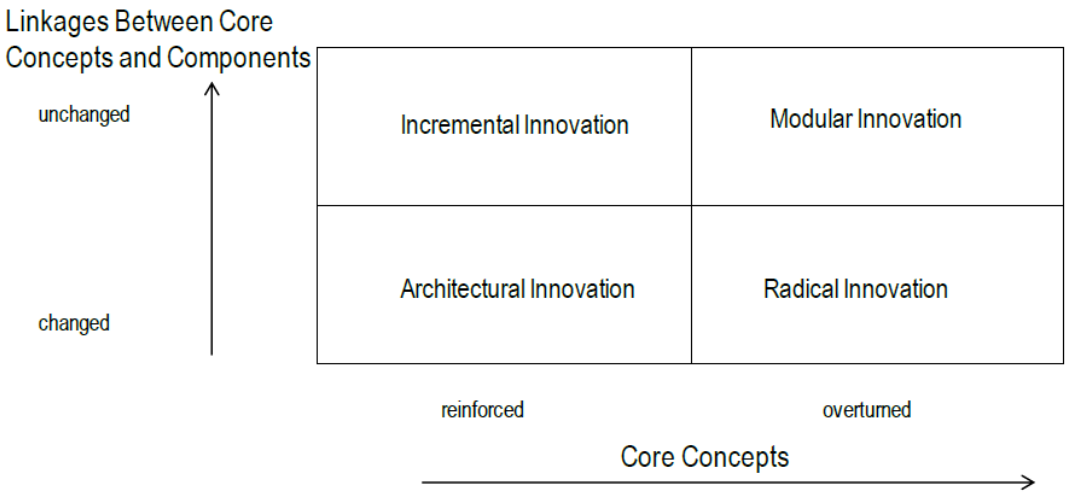


Fig. 2.10 **Modelo de Henderson-Clark**

Fuente. Tomado de Kasztler, A., et al. (2012).

D. Modelo de cambio tecnológico disruptivo

De acuerdo con el modelo de cambio tecnológico disruptivo desarrollado por Clayton Christensen (1997), el fracaso de las empresas establecidas frente a tecnologías disruptivas no se origina primordialmente en deficiencias de comprensión técnica —como postula el modelo de innovación arquitectónica— ni en la naturaleza radicalmente superior de la nueva tecnología —como sugiere la dicotomía incremental-radical—. La causa fundamental reside en la dinámica organizacional: las empresas consolidadas destinan sus recursos a satisfacer las demandas de su cartera actual de clientes, quienes inicialmente muestran escaso interés por las propuestas disruptivas al no ajustarse a sus patrones establecidos de consumo. Esta hiper orientación hacia el mercado convencional genera ceguera estratégica ante los segmentos emergentes donde las tecnologías disruptivas encuentran su nicho inicial de desarrollo.

Las tecnologías disruptivas tienen las siguientes cuatro características:

1. Crean nuevos mercados al introducir un nuevo tipo de producto o servicio.

2. El nuevo producto o servicio de la nueva tecnología cuesta menos que los productos o servicios existentes de la vieja tecnología.
3. Inicialmente, los productos funcionan peor que los productos existentes cuando se juzgan por las métricas de rendimiento que valoran los clientes existentes.
   Sin embargo, con el tiempo, el rendimiento se pone al día y aborda las necesidades de los clientes habituales.
4. La tecnología debería ser difícil de proteger mediante patentes.

Para comprender el modelo de cambio tecnológico disruptivo, considere una empresa que ha tenido éxito en la explotación de una tecnología existente para ofrecer productos a sus clientes principales. Las capacidades de la empresa, lo que puede o no puede hacer, son una función de sus recursos, procesos y valores. Sus recursos son activos como diseños de productos, marcas, relaciones con proveedores, clientes, distribución, personas, plantas y equipos, tecnologías y reservas de efectivo.

De acuerdo con Afuah (2003), los procesos organizacionales constituyen los sistemas implementados por las empresas para transformar recursos en valor agregado para el cliente. Estos mecanismos están diseñados para optimizar la eficiencia operativa y suelen presentar rigideces significativas, particularmente cuando se hallan profundamente arraigados en la cultura corporativa.

El autor sostiene que el fracaso de las empresas consolidadas frente a tecnologías disruptivas no se origina en la incomprensión de su naturaleza innovadora o en su capacidad competitiva intrínseca, sino en su excesiva focalización en la cartera actual de clientes, descuidando la identificación y preparación para las demandas de los consumidores futuros.

E. Modelo de Teece

El modelo de Teece (representado en la Figura 2.11) identifica dos factores determinantes para la rentabilización de una innovación: (1) el grado

de **imitabilidad** de la misma y (2) el acceso a **activos complementarios** necesarios para su explotación comercial.

La protección frente a la imitación puede derivarse de derechos de propiedad intelectual, de la naturaleza misma de la tecnología o de la falta de capacidades por parte de potenciales competidores. Por su parte, los activos complementarios engloban todos los recursos —equipos, talento humano, conocimiento especializado, cadena de valor consolidada, reconocimiento de marca, entre otros— que la organización requiere para comercializar exitosamente la innovación.

La relevancia de este marco teórico radica en que explica una paradoja frecuente: el creador de una innovación no siempre es quien obtiene los mayores beneficios de ella. El resultado depende críticamente del modelo de negocio seleccionado para su difusión y del poder de negociación de los distintos actores dentro del ecosistema de valor. Por ello, el modelo enfatiza que el innovador debe considerar no solo el desarrollo técnico, sino también la estrategia de comercialización que le permita capturar el valor generado por su invención.

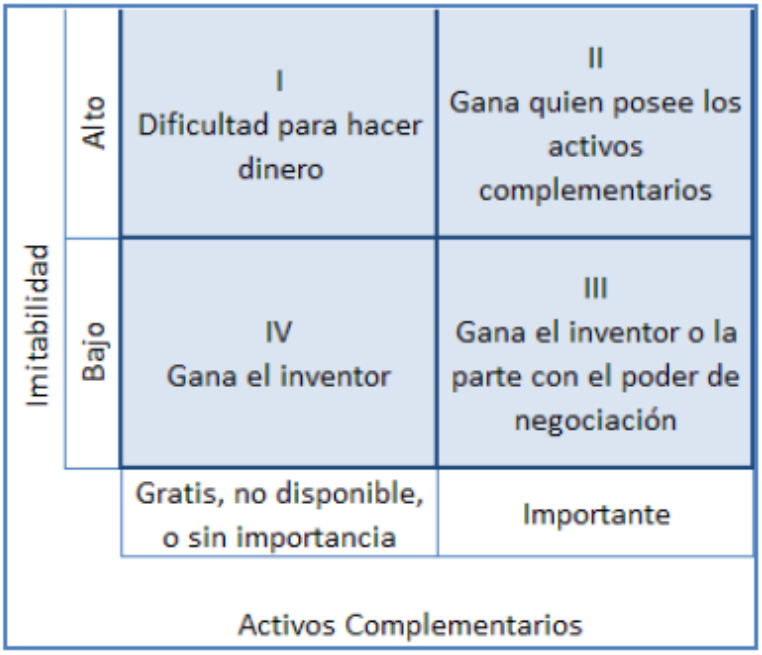


Fig.2.11 **Modelo de Teece**

Fuente. Tomado de Llorens, G. (2010)

2.3.3.2 Modelos Dinámicos

Los modelos estáticos previamente descritos muestran limitaciones significativas para representar las transformaciones continuas que caracterizan a los sectores industriales contemporáneos. Para analizar estas realidades más complejas y en constante evolución, se han desarrollado marcos conceptuales dinámicos que buscan capturar la naturaleza cambiante de los procesos competitivos. Estos modelos pretenden integrar tanto la influencia de las decisiones estratégicas empresariales como las condiciones estructurales específicas de cada industria en su trayectoria temporal.

Los modelos dinámicos enfatizan la movilización estratégica de recursos a través de la cadena de valor y la integración de conocimiento externo para construir ventajas competitivas sostenibles. Desde esta perspectiva, las iniciativas innovadoras deben cumplir un triple propósito: fortalecer las capacidades organizacionales existentes o desarrollar nuevas competencias, generar conocimiento aplicable que se materialice en innovaciones con valor tangible, y superar la inercia organizacional que resiste al cambio. Paralelamente, estas iniciativas deben crear mecanismos de protección que dificulten la imitación por parte de competidores. Cabe destacar que la innovación tecnológica frecuentemente se confunde con la estrategia competitiva, cuando en realidad constituye un componente esencial que facilita su ejecución efectiva.

Para operacionalizar este enfoque, se han desarrollado diversos marcos analíticos que permiten: evaluar el rendimiento de tecnologías en entornos volátiles, medir el impacto transformador de las tecnologías emergentes, diseñar estructuras organizacionales que fomenten la innovación contrarrestando la inercia, y establecer mecanismos que estimulen la generación sistemática de nuevo conocimiento tecnológico.

A. Modelo de Abernathy y Utterback

El modelo de ciclo de vida de la innovación (Fig. 2.12) se enfoca en el desarrollo de marcos explicativos que permiten comprender la dinámica temporal de los procesos innovadores. Según esta perspectiva, existe una interrelación fundamental entre las mejoras incrementales en los procesos y las evoluciones paralelas en el desarrollo de productos.

Inspirado en el concepto tradicional del ciclo de vida de producto, este modelo propone una estructura cíclica que se repite periódicamente. Postula que la introducción de un nuevo producto genera un patrón tecnológico predecible que se desarrolla en tres etapas secuenciales, cada una requiriendo decisiones estratégicas específicas para su gestión efectiva:

1. **Fase de innovación de producto**: Caracterizada por el desarrollo y lanzamiento de nuevas ofertas al mercado.
2. **Fase de innovación de proceso**: Enfocada en la optimización de los métodos de producción y distribución.
3. **Fase de innovación integral**: Donde se producen mejoras simultáneas en productos y procesos.

Estas etapas buscan sistemáticamente la mejora de la calidad, el incremento del desempeño y la reducción de costos a lo largo del ciclo (Tidd & Bessant, 2013; Llorens, 2010; Afuah, 2003).

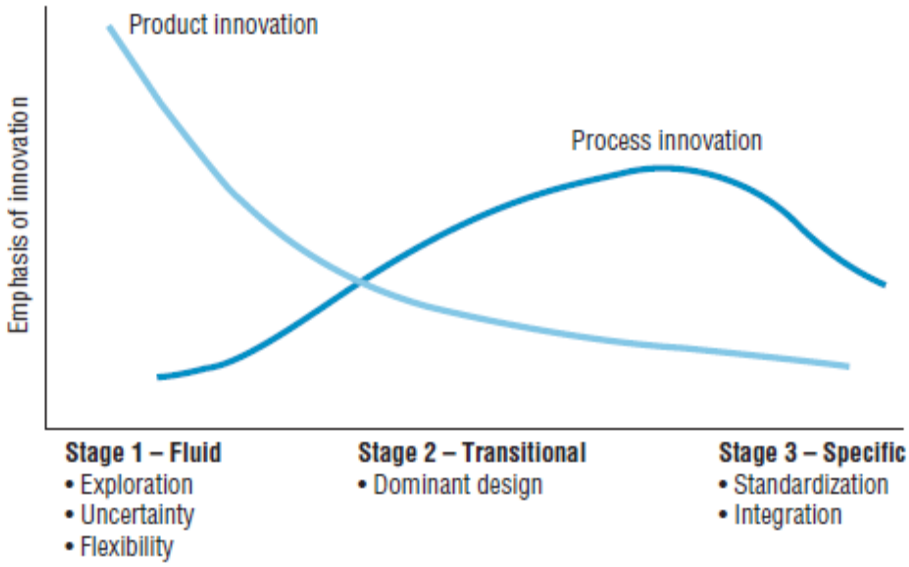


Fig. 2.12 **Modelo de Innovación del Ciclo de Vida**

Fuente. Tomado de Tidd, J., & Bessant, J. (2013)

B. Modelo de Foster

El modelo de la curva S (Fig. 2.13) describe tres etapas clave en el desarrollo tecnológico y su potencial de generación de valor para las empresas. En la fase inicial, la tecnología incipiente ofrece rendimientos limitados con altos costos de inversión. La etapa intermedia presenta un crecimiento acelerado, donde las mejoras tecnológicas generan impactos significativos en productos y procesos. Finalmente, la fase de madurez alcanza rendimientos decrecientes al aproximarse al límite teórico de la tecnología.

Este modelo explica cómo las organizaciones que persisten en tecnologías maduras enfrentan riesgo de obsolescencia frente a nuevas soluciones que emergen en curvas S posteriores. La transición entre curvas representa discontinuidades tecnológicas donde empresas establecidas pueden ser desplazadas por competidores con paradigmas técnicos superiores.

Según Foster, la sostenibilidad competitiva requiere que las organizaciones desarrollen:

- Marcos mentales adaptativos
- Estrategias organizacionales flexibles
- Capacidad de reinvención continua

Este enfoque reconoce la paradoja fundamental: mientras las empresas buscan permanencia, los mercados prosperan mediante ciclos de creación y destrucción. La ventaja competitiva reside, por tanto, en la capacidad de institucionalizar el cambio permanente.



13Figura 2.13 **La curva S y la discontinuidad tecnológica**

Fuente. Tomado de García, R., & Calantone, R. (2002)

2.3.4 Teoría de la Innovación Disruptiva

Diversos investigadores han intentado definir o explicar la Innovación Disruptiva (DI) y se ha debatido en muchos estudios la importancia de comprender con precisión la teoría. De acuerdo con las preocupaciones de su propio fundador

Clayton M. Christensen, este señaló, que la teoría de la Innovación Disruptiva ha sido incomprendida y sus principios frecuentemente mal aplicados y probablemente debido la complejidad de esta teoría, ha causado malentendidos (Yu, D. and Hang, C.C., 2010; Si, S., & Chen, H. (2020); Nagy, 2016; Martínez-Vergara, SJ y Valls-Pasola, J., 2020; Kawamoto, C. T., & Giovinazzo Spers, R.,2019; Ben-Slimane, K., et al., 2020). Por ello, se hace necesario, para abordar con mayor claridad la definición de innovación disruptiva y sus características, hacerlo desde la evolución de la teoría, los tipos de innovación disruptiva y sus principales características.

2.3.4.1 Evolución de Innovación Disruptiva

Como antecedente más influyente en el campo teórico de la innovación disruptiva, es Joseph Alois Schumpeter (1978), quien consideró a la innovación, como el motor del desarrollo económico. Este autor postuló que el desarrollo económico es la derivación del desequilibrio dinámico producido por el empresario innovador (fue el primero en identificar a la innovación como el motor del cambio económico) y llega a la conclusión de que, aparte de los factores externos, existe uno puramente económico de importancia capital, al que llama innovación.

La teoría de la "destrucción creativa" desarrollada por Schumpeter (1942), fue la guía para los primeros trabajos que se centran en el papel de la tecnología en la competitividad y el papel de las tecnologías disruptivas, diferentes autores aportaron a la misma, entre los más importantes Abernathy y Clark, 1985; Christensen y Bower, 1996; Henderson y Clark, 1990; entre otros (ver fig. 2.12).

En su obra seminal "El dilema del innovador" (1997), Christensen estableció los fundamentos de la teoría de la tecnología disruptiva. Según su marco conceptual, las tecnologías disruptivas se caracterizan por:

1. Ofrecer una propuesta de valor diferenciada respecto a las tecnologías establecidas

2. Presentar un rendimiento inicial inferior en los atributos prioritarios para los clientes principales
3. Encontrar su nicho inicial en segmentos marginales que valoran sus características atípicas

El proceso disruptivo se completa cuando, mediante mejoras iterativas, estas tecnologías alcanzan el nivel de rendimiento requerido por el mercado convencional, desplazando progresivamente a las soluciones establecidas. Este patrón explica por qué las empresas consolidadas suelen subestimar las tecnologías disruptivas en sus etapas iniciales de desarrollo.

Esta publicación de Christensen (1997), se constituyó en uno de los hitos, donde el autor sentó las primeras bases de la teoría. Esta primera definición se centró en ejemplos de tecnologías cuyas características eran más simples, más baratas y asequibles con un rendimiento suficientemente bueno en comparación con los productos de los operadores tradicionales.

1942 Schumpeter	1985 Abernathy & Clark	1986 Mckinsey y Richard Foster	1990 "Henderson & Clark	1991 Geoffrey Moore	1992 Clayton M. Christensen	1993 Clayton M. Christensen	1995 Bower y Christensen	1996 Jean-Marie Dru	1996 Christensen & Bower
"Capitalismo, Socialismo y Democracia". Teoría de la innovación y el ciclo económicos. Cada pieza de la estrategia comercial adquiere su verdadero significado solo en el contexto de ese proceso y dentro de la situación creada por él. Revoluciona la estructura económica destruyendo la antigua, creando una nueva.	***"Innovation: Mapping the winds of creative destruction"*** Algunas innovaciones perturban, destruyen y hacen obsoleta la competencia establecida; otros refinan y mejoran. La innovación tecnológica puede influir en una variedad de actores económicos de diversas maneras.	***"Attacking through innovation"*** La curva "S" de la tecnología y las discontinuidades. Foster sostiene que la S-curva, muestra la forma en que se desarrollan las fases de la innovación y sus límites. A medida que se acerca a la maduración del progreso tecnológico será más caro llevar a un mayor desarrollo. Si esto ocurre la discontinuidad está en camino.	***"Architectural innovation: The reconfiguration of existing product technologies and the failure of established firms"*** Las innovaciones arquitectónicas, basadas en productos tecnológicos, vuelven obsoletos los conocimientos estructurales que las empresas consolidadas poseían y en los cuales basaban su ventaja competitiva.	***"Crossing the Chasm, Marketing and Selling High-Tech Products to Mainstream Customer"*** Moore señala que, en el ciclo de vida de adopción de tecnología, existen grietas, la más grande (abismo) es entre los primeros en adoptar y la mayoría temprana. Las empresas de alta tecnología para cruzar se deben centrar en un mercado único, ganar el dominio sobre un mercado específico y utilizarlo como trampolín para ganar mercados extendidos adyacentes	***"Exploring the limits of the technology S-curve"*** Aunque claramente existen patrones de curva en S en el progreso de la tecnología de componentes, no hubo evidencia clara de ningún beneficio de primer movimiento o "ventaja de los atacantes" (Foster 1986). Las empresas que cambiaron tarde a las curvas en S de nueva tecnología coincidieron con éxito con el rendimiento del producto de los primeros usuarios.	***"The innovator's challenge"*** *Tesis Doctoral* Comprender la influencia del entorno del mercado en los procesos de desarrollo tecnológico en la industria de las unidades de disco rígido	***"The rigid disk drive industry: A history of commercial and technological turbulence"*** Las empresas exitosas desarrollaron nuevas tecnologías para sus clientes líderes, pero ignoraron los mercados emergentes, donde los nuevos participantes desplegaron tecnologías innovadoras. A medida que el rendimiento de estos productos mejoraba, las nuevas empresas pudieron conquistar también los mercados principales.	***"Disruptive technologies catching the wave"*** Las tecnologías disruptivas introducen un paquete de atributos muy diferente del que los clientes tradicionales valoran históricamente y, a menudo, se desempeñan mucho peor en dimensiones que son importantes para esos clientes. Una de las constantes más evidentes en el ámbito empresarial es la incapacidad de los líderes para conservar su posición dominante cuando se producen transformaciones significativas en las tecnologías o en las dinámicas del mercado.	***"Disruption"*** Las organizaciones en busca de crecimiento deben desarrollar formas innovadoras de comercializar sus productos y servicios nuevos y existentes. Esto se puede hacer alterando su enfoque tradicional de gestión de marca. El proceso de disrupción es un marco abierto para abordar cuestiones creativas o estratégicas que descartan las convenciones.	***"Customer power, strategic investment, and the failure of leading firms"*** Las tecnologías disruptivas tienden a venderse solo en diferentes mercados cuyas características económicas y financieras las hacen poco atractivas para las empresas establecidas. Las empresas establecidas no logran desarrollar tecnologías más simples que inicialmente solo son útiles en Mercados emergentes.

Fig. 2.14 **Cronología de antecedentes teóricos de la tecnología disruptiva**

Fuente. Elaboración propia, tomado de: Yu, D. y Hang, C.C., 2010; Martínez-Vergara, SJ y Valls-Pasola, J., 2020

Christensen (1997) en "El dilema del innovador" postuló que, si bien la tecnología disruptiva mejora con el tiempo, su rendimiento generalmente permanece por debajo del ofrecido por la tecnología establecida, la cual también sigue evolucionando. De hecho, esta última puede haber superado las necesidades reales de los clientes principales, creando una situación de "sobrerendimiento" que deja a los clientes sobreatendidos. La disrupción del mercado ocurre precisamente cuando el nuevo producto, a pesar de su desempeño inferior en los atributos tradicionalmente valorados, logra desplazar al producto establecido en el mercado principal.

Sobre esta base fundacional, la teoría se enriqueció con significativas contribuciones de autores como Foster y Kaplan (2001), Danneels (2004), Tellis (2006), Markides (2006) y Govindarajan y Kopalle (2006). A partir de estos estudios se consolidó progresivamente el cuerpo teórico de la Innovación Disruptiva (DI).
Posteriormente, numerosos investigadores a nivel global han realizado aportes sustanciales a la definición, el marco teórico y las aplicaciones prácticas de la DI. Un resumen cronológico de estas contribuciones fundamentales se presenta en la Figura 2.15.

Unos años más tarde, Christensen y Raynor (2003) publicaron otro libro titulado “The Innovator's Solution”. Este libro, significó una evolución en la teoría porque reemplazaron la tecnología disruptiva con el término 'innovación disruptiva', ampliaron la aplicación de la teoría para incluir no solo productos tecnológicos, sino también servicios y modelos de negocios innovadores constituyéndose en un segundo hito de la construcción de la teoría de la innovación disruptiva. A esto, inclusive años después, Markides (2006) argumentó además que las innovaciones tecnológicas eran fundamentalmente diferentes de las innovaciones del modelo de negocio, y pidió una categorización más fina dentro de la innovación disruptiva.

En la figura 2.16, se muestra estos dos hitos clave en el inicio de la teoría de la innovación disruptiva y en la misma se muestra que hay dos etapas claras en su definición, cada una de las cuales está tipificada por una idea clave.

Estas dos definiciones han llevado a cierta confusión, algunos investigadores asumiendo sólo la primera definición y otras la segunda, por ejemplo, algunos investigadores emplean la primera definición (el primer libro se centró particularmente sobre tecnologías disruptivas, y otros investigadores utilizan este término y su definición, donde las DI eran solo tecnologías disruptivas) mientras que otros emplean el segundo (los DI no están limitados a las tecnologías).

Debido al gran impacto que ha tenido la teoría planteada por Christensen, hace más de dos décadas que ha continuado evolucionando, no exenta de controversia sobre la definición del término, su importancia y nuevos aportes teóricos sobre la misma. Se han identificado en la literatura las siguientes definiciones (Martínez-Vergara, et al., 2020), y estos autores agruparon en tres enfoques principales: (1) DI es un proceso que tiene un potencial disruptivo para transformar o inducir cambios en los mercados, (2) DI como un modelo de bajo costo y (3) DI como un proceso donde el uso de la tecnología para ofrecer un producto mejor es un tema clave (ver tabla 2.1).

1997 ***Clayton M. Christensen***	**2003** ***Clayton Christensen y Michael Raynor***	*2006* ***Gerard J. Tellis***	*2006* ***Markides, C.***	**2010** ***Yu and Hang***	**2020** ***Si, S., & Chen, H.***
"The innovator's dilemma" ¿Por qué las empresas buenas perdían su dominio de mercado aun cuando seguían buenas prácticas de negocios?. Irónicamente estas buenas prácticas, que normalmente mejoran los productos y servicios, llevaron a que las empresas no respondieran ante nuevos productos y tecnologías. Las nuevas tecnologías disruptivas, que requieren cambios radicales en producción y mercadeo, y que aún no han encontrado un mercado. Así, mientras el mercado marginal crece, para el momento en que estas compañías respondan, ya es muy tarde para beneficiarse - las empresas más pequeñas han respondido primero y han tomado el liderazgo.	**"The Innovator´s Solution"** Reemplazaron la tecnología disruptiva con el término 'innovación disruptiva', ampliaron la aplicación de la teoría para incluir no solo productos tecnológicos, sino también servicios y modelos de negocios innovadores. .	**"Disruptive Technology or Visionary Leadership?"** Su trabajo enfatiza que la tecnología y la evolución del mercado son fuerzas importantes que los gerentes deben confrontar y analizar. El éxito y el posible fracaso es poco probable sean resultados deterministas e inanimados de tecnologías, ya sean radicales, revolucionarias, o perturbador. Más bien, el éxito y el fracaso son probablemente el resultado de aspectos culturales. Entre ellos, es importante el liderazgo visionario que abraza el cambio y está dispuesto a canibalizar los activos para servir a los clientes con nuevas tecnologías.	***"Disruptive innovation: In need of better theory"*** Las innovaciones tecnológicas son diferentes de las innovaciones del modelo de negocio. Considera que la teoría original de Christensen se centró en las tecnologías disruptivas. Con el tiempo, la misma teoría se ha utilizado para explicar todo tipo de innovaciones disruptivas. Esto es un error. Los diferentes tipos de innovaciones tienen diferentes efectos competitivos y producen diferentes tipos de mercados.	***"A Reflective Review of Disruptive Innovation Theory"*** La innovación disruptiva ocurre como un proceso, la innovación disruptiva y es un término más apropiado para describir todo el fenómeno, ya que las innovaciones en los modelos de negocio están muy involucradas. Proponen sobre cómo habilitar la innovación disruptiva potencial desde perspectivas internas, externas, de marketing y de tecnología.	***"Defining and identifying disruptive innovations*** " Proponen que la ID es un proceso en el que las tecnologías, productos o servicios son inicialmente inferiores en los atributos que los consumidores principales valoran, pero estos pueden atraer y satisfacer a los consumidores en mercados nuevos o de gama baja con ventajas en los atributos de rendimiento que estos valoran pero que al mismo tiempo son ignorados por los mercados principales, con el tiempo, a través de la mejora incremental de la tecnología o el proceso, una ID satisface las necesidades de la corriente principal

2001 ***Foster, R., & Kaplan, S.***	*2004* ***Erwin Danneels***	*2006* ***Govindarajan y Kopalle***	*2008* ***Schmidt y Druehl***	**2016** ***Nagy, Schuessle, Dubinsky***

	"Why companies that are built to last underperform the market-and how to successfully transform them" Plantean la necesidad de abandonar la idea de continuidad y abordar las barreras culturales que dificultan el cambio de las culturas corporativas. Las dificultades para la innovación surgen del conflicto entre la necesidad de controlar las operaciones existentes y la de crear el tipo de entorno que permita que florezcan nuevas ideas y las viejas mueran oportunamente. Esto requiere cambios en los activos, canales de distribución y otros. Cualesquiera que sean los desafíos, creemos que resultará imposible sino hay un cambio cultural.	***"Disruptive Technology Reconsidered: A Critique and Research Agenda"*** Cambia las bases de la competencia al cambiar las métricas de desempeño a lo largo de las cuales compiten las empresas. La disrupción puede ser el resultado de la estructura del mercado, es decir, el tamaño, la distribución y la segmentación de los consumidores en diferentes categorías de adoptantes. Las innovaciones sostenibles se mueven progresivamente hacia los segmentos de mercado de gama baja, y las innovaciones disruptivas se mueven hacia los segmentos de mercado de gama alta.	***"Disruptiveness of innovations: Measurement and an assessment of Reliability and validity"*** La construcción teórica sobre ID debe abarcar medidas fiables y válidas. Desarrollaron una escala para la disrupción de las innovaciones y realizaron una serie de análisis para establecer la confiabilidad y validez de la escala de disrupción. Las medidas de confiabilidad, análisis factorial exploratorio, análisis factorial confirmatorio y las pruebas estadísticas posteriores respaldan firmemente sus hallazgos. Presentaron la validez nomológica del constructo disruptivo, estableciendo así su validez predictiva.	***"When is a Disruptive Innovation Disruptive?"*** Proponen un modelo, una innovación se difunde desde el extremo inferior hacia arriba hacia el extremo superior, el titular puede verse tentado a pasar por alto su impacto potencial. Plantean tres tipos posibles de invasión de bajo nivel, el mercado marginal, el mercado independiente y los escenarios inmediatos. Por el contrario, cuando el patrón es de invasión de alto nivel, el impacto en el mercado actual es inmediato y sorprendente. Su propuesta establece un marco para evaluar el patrón de difusión potencial y el impacto de una innovación, ayudando así a una empresa a determinar la amenaza y / u oportunidad que representa una innovación.	***"Defining and identifying disruptive innovations"*** Al redefinir las innovaciones disruptivas con características de innovación de funcionalidad, estándares técnicos y propiedad, proponen una definición extendida de innovaciones disruptivas: "una innovación con funcionalidad radical, estándares técnicos discontinuos y / o nuevas formas de propiedad que redefinen las expectativas del mercado. "

Fig. 2.15 **Cronología de antecedentes teóricos de la innovación disruptiva**

Fuente. Elaboración propia, tomado de: Yu, D. y Hang, C.C., 2010; Kawamoto, C. T., & Giovinazzo Spers, R. ,2019*; Martínez-Vergara, et al., 2020*

1997 Primera definición “The Innovator´s Dilemma” C. M. Christensen	2003 Segunda definición “The Innovator´s Solution” Christensen y Raynor
Innovación disruptiva es solo “Tecnología disruptiva”	El término tecnología disruptiva se reemplaza por el término innovación disruptiva (ID)
Las tecnologías disruptivas ofrecen un paquete diferente de atributos valorados solo en mercados emergentes remotos y no importantes para la corriente principal.	Ampliando la teoría para incluir no solo productos tecnológicos, sino también servicios y modelos de negocio, porque sus hallazgos se relacionan con una definición muy específica de disrupción.
Tecnologías disruptivas son más simples, más baratas y de menor rendimiento.	Innovación Disruptiva se clasificó en dos tipos de disrupción
Primero se comercializan en mercados emergentes o insignificantes	Disrupciones de gama baja
Por lo general, prometen márgenes más bajos, no mayores ganancias	⬇
Los clientes más rentables de las empresas líderes generalmente no los quieren y, de hecho, inicialmente no pueden usarlos.	Consumidores menos rentables y aquellos que el mercado general pasa por alto
Con el tiempo mejoran sus características y ganan el mercado principal	Disrupciones de nuevos mercados ⬇ Donde no había consumidores ni siquiera en el mercado principal

Fig. 2.16 **El surgimiento de la teoría de la innovación disruptiva**

Fuente. Elaboración propia, basado en Martínez-Vergara, et al., 2020

Tabla 2.1 Resumen de las definiciones de Innovación Disruptiva y su evolución

Perspectivas		Definición de Innovación Disruptiva (DI)	Referencias
DI Puede cambiar las bases de la competencia Un proceso que transforma el mercado Creador de un nuevo negocio o mercado	1.	DI representa un proceso en el que un producto se establece en la parte inferior de un mercado y asciende a través de este sector para desplazar a los competidores.	Christensen (1997),Tan *et al.* (2016)
	2.	DI es un nuevo producto, proceso o concepto radial explotado con éxito que transforma significativamente la demanda y las necesidades de un mercado o industria existente, interrumpe a sus antiguos jugadores clave y crea prácticas comerciales o mercados completamente nuevos con un impacto social significativo.	Assink (2006)
	3.	Esta teoría explica el mecanismo mediante el cual una innovación disruptiva redefine un mercado establecido, llegando en ocasiones a desplazar por completo a las empresas líderes que lo dominaban.	Guttentag (2015)
	4.	DI redefine los parámetros competitivos al alterar fundamentalmente las métricas de desempeño o las expectativas de los consumidores, mediante la introducción de una funcionalidad radicalmente novedosa, estándares técnicos discontinuos o modelos de propiedad y acceso innovadores.	Nagy *et al.* (2016)
	5.	El término se refiere a innovaciones que crean nuevos mercados y redes de valor al tiempo que interrumpen los existentes.	Tham (2016)
	6.	La teoría del cambio prioriza el conflicto, la discontinuidad y la alteridad constante sobre la sostenibilidad, la memoria y la comunidad.	Levina (2017)
	7.	Una innovación que transforma radicalmente los mercados existentes y / o crea nuevos mercados a través de la introducción de dimensiones de rendimiento alternativas que redefinen el valor para el cliente	Mount, 2012
DI Como modelo de bajo costo (rendimiento "suficientemente bueno" y a bajo costo)	8.	DI revela que el fracaso de las empresas establecidas no necesariamente surge por descuidar a sus clientes principales o por no seguir el ritmo de los avances tecnológicos convencionales, sino por subestimar la incursión progresiva de productos disruptivos que, si bien carecen de los atributos tradicionalmente valorados, introducen beneficios alternativos que capturan nuevos segmentos de mercado.	Bower and Christensen (1995), Christensen (1997, 2006), Christensen and Raynor (2003), Schmidt and Druehl (2008), Guttentag (2015)
	9.	DI se funda como un modelo de bajo costo para deshacerse de sus competidores que operan con una estructura de costos más alta	Markides (2006) and Tham (2016)
	10.	DI se caracteriza por presentar una configuración distintiva de atributos, niveles de rendimiento y estructura de precios en comparación con las ofertas establecidas en el mercado. Esta combinación particular resulta inicialmente poco atractiva para los clientes principales, ya que puede manifestarse mediante un desempeño inferior	Govindarajan et al. (2011)

	en los atributos prioritarios para dicho segmento.	
	11. DI como relevante para comprender la dinámica de la innovación y la acción de las empresas en la introducción de productos de menor rendimiento y costo que pueden ganar participación de mercado	Weeks (2015), Allahar (2017)
	Tabla 2.1 (continuación)	
	12. DI se describe como: productos o servicios simples, baratos, pequeños y fáciles de usar que satisfacen las necesidades del mercado desatendido o desatendido y tienen el potencial de aumentar los ingresos mediante el desarrollo de un mercado completamente nuevo.	Agarwal et al. (2017)
Perspectivas	**Definición de Innovación Disruptiva (DI)**	**Referencias**
DI Teniendo en cuenta la tecnología	13. Una innovación disruptiva constituye una propuesta tecnológica, de producto o de proceso que, desde los estratos inferiores del mercado, comienza a competir con las soluciones establecidas hasta eventualmente amenazar con reemplazar el modelo de negocio dominante.	Rafii and Kampas (2002)
	14. DI se refiere a innovaciones tecnológicas, nuevos productos o servicios que requieren una reacción estratégica "disruptiva" que a menudo sirve para superar las tecnologías dominantes predominantes o los productos de status quo en un mercado.	Christensen (2006) Crockett et al. (2013)
	15. La disrupción debe verse como un proceso mediante el cual las pequeñas empresas (participantes) pueden desafiar a las empresas establecidas al ofrecer nuevas tecnologías a menudo a un precio más bajo para los segmentos de clientes que se pasan por alto.	Christensen et al. (2015), Pérez et al. (2017)
	16. DI es un producto que se basa en una tecnología disruptiva y ofrece un rendimiento superior en atributos valorados por los mercados principales.	Parry and Kawakami (2017)
	17. DI generalmente comienza con modelos de negocios complejos que involucran productos sofisticados y tecnologías dominantes, pero con la perfección incremental del producto / servicio y mejoras tecnológicas para adaptarse a los diversos gustos, el producto menos dominante y económico expande su participación de mercado y finalmente se apodera del mercado.	Rambe and Moeti (2017)
	18. DI como “tecnología que cambia las bases de la competencia al cambiar las métricas de desempeño a lo largo de las cuales compiten las empresas” (Danneels, 2004) y puede ser capaz de un cambio radical, pero no es necesariamente un motor de cambio instantáneo	White (2017)

Fuente. Elaboración propia, tomado de Martínez-Vergara, et al., 2020

De manera similar Si, S., & Chen, H. (2020). luego de una revisión sistemática y actualizada de la innovación disruptiva, plantean cuatro perspectivas desde la que diversos autores -según su clasificación- han definido la innovación disruptiva, estas son:

(1) Las actividades de innovación, que a su vez se subdivide en cuatro tipos: a) La innovación disruptiva de modelo de negocio, b) La innovación tecnológica disruptiva, c) La innovación disruptiva de productos, d) la innovación estratégica disruptiva
(2) El proceso de evolución
(3) El efecto que producen
(4) Las características básicas de la innovación disruptiva

Se presenta un resumen de las cuatro perspectivas, desde las que se pretende definir la innovación disruptiva por diversos autores (ver Tabla 2.2)

Tabla 2.2 **Perspectivas sobre Innovación Disruptiva**

Perspectiva	Tipos	Definición de Innovación Disruptiva	Autores
Actividades de innovación	innovación disruptiva del modelo de negocio	Se centra en la construcción de una nueva actividad-sistema en el que se configuran nuevos socios y actividades de una manera sin precedentes en comparación con los modelos de negocio existentes	Gilbert y Bower, 2002 ; Markides, 2006; Snihur et al., 2018; Cozzolino et al., 2018
	innovación tecnológica disruptiva	Esto se enfoca en desarrollar una tecnología más concisa y conveniente que los mercados principales no valoran entrar en un nicho de mercado o en un nuevo mercado, y luego la tecnología se mejora gradualmente para fluir hacia el mercado principal de un nicho de mercado o un mercado nuevo.	Bower y Christensen, 1995; Christensen, 1997 ; Carayannopoulos, 2009 ; Danneels, 2004, 2006
	innovación disruptiva de productos	Centrándose en desarrollar más simples, menos funcionales, más baratos, pero "suficientes buenos" productos para servir al mercado que los productos convencionales pasan por alto.	Christensen y Raynor, 2003 ; Gilbert y Bower, 2002; Govindarajan et al., 2011
	innovación estratégica disruptiva	Representa un modelo estratégico que apunta a productos inferiores y nichos de mercado que son	Charitou & Markides, 2003

		totalmente diferentes o incluso en conflicto con la estrategia tradicional de innovación.	
Proceso de evolución		Destaca que la (DI) no es simplemente un resultado, sino un proceso completo y progresivo, cualquier falta o falla de los elementos del proceso negaría el estatus a una innovación como disruptiva.	

Tabla 2.2 continuación

		El núcleo de esta perspectiva radica en que las propuestas de valor generadas por la innovación disruptiva son inicialmente percibidas como inferiores en los atributos prioritarios para los clientes establecidos, lo que provoca su subestimación sistemática por parte de las empresas dominantes. Sin embargo, estas soluciones encuentran receptividad inmediata en segmentos de clientes desatendidos o no consumidores. Posteriormente, mediante mejoras iterativas en su desempeño, los productos o servicios disruptivos alcanzan estándares suficientes para satisfacer las demandas del mercado principal, lo que les permite desplazar progresivamente -y en ocasiones reemplazar completamente- a los actores tradicionales que inicialmente los desdeñaron.	Ansari et al., 2016; Bower y Christensen, 1995; Christensen, 2006 ; Christensen y Raynor, 2003 ; Govindarajan y Kopalle, 2006 ; Guttentag, 2015; Guttentag y Smith, 2017 ; Hang et al., 2011 ; Schmidt y Druehl, 2008).
Impacto		De acuerdo con Christensen y Bower (1996) y Ruan et al. (2014), la innovación disruptiva constituye una fuerza transformadora que altera las trayectorias consolidadas de mejora de desempeño en un sector industrial o modifica radicalmente la conceptualización misma del rendimiento. Baden-Fuller et al. (2006) complementan esta perspectiva al identificar la innovación disruptiva como un subconjunto específico de iniciativas empresariales que desafían directamente a los actores establecidos, permitiendo a nuevos participantes ofrecer productos o servicios con estructuras de costo significativamente inferiores. Esta conceptualización fue posteriormente ampliada para abarcar cualquier innovación con capacidad de afectar la valoración bursátil de las empresas consolidadas en el mercado. Ramani y Mukherjee (2014), consideran la innovación disruptiva como un nuevo diseño de producto, proceso o modelo comercial, que puede cambiar enormemente toda la industria. Wan y col. (2015), sostienen que las innovaciones que al desafiar las propuestas de valor o modelos de negocio existentes en el mercado puede ser disruptivo. Kostoff y col. (2004), consideran disruptivo la innovación como una innovación que conduce a una mejora significativa y logra de manera más efectiva un rendimiento superior de la unidad.	Christensen y Bower (1996) y Ruan et al. (2014) Baden-Fuller y col. (2006) Ramani y Mukherjee (2014), Wan y col. (2015), Kostoff y col. (2004)

Perspectiva	**Tipos**	**Definición de Innovación Disruptiva**	**Autores**
Características		Christensen et al. (2000), señalan que las características clave de la innovación disruptiva son: (1)	

básicas de la innovación disruptiva	Asegurar a los clientes de una manera nueva; (2) generalmente reduciendo la ganancia bruta; (3) no sigue la trayectoria tradicional de mejorar el desempeño valorado por los consumidores convencionales	

Tabla 2.2 continuación

	(4) introducir una nueva trayectoria de desempeño y mejorar el desempeño a lo largo de parámetros diferentes a los tradicionales. Christensen y Raynor (2003), sugieren que si el producto de una innovación es inferior en los atributos valorados por los clientes principales cuando es introducido, pero tiene nuevas características que son apreciadas por los clientes de gama baja o del mercado nuevo (como ser más barato, más pequeño o fácil de usar), esta innovación puede considerarse disruptiva. Además, su modelo de negocio debe ser disruptivo (por ejemplo, bajo margen, nicho de mercado y pequeña escala), lo que hace que los operadores establecidos no se sientan preocupados y se defiendan, por lo que las empresas que introducir innovación disruptiva tener tiempo y espacio para crecer sin ser percibido como una amenaza. Govindarajan y Kopalle (2006), planteas 4 estándares (DI): (1) desempeño inferior en atributos que los consumidores tradicionales valoran; (2) proporcionar una nueva propuesta de valor para atraer nuevos segmentos de clientes o clientes más sensibles al precio; (3) vender a menor precios; y (4) penetrar desde un nicho de mercado hacia el mercado principal. King y Baatartogtokh (2015) proponen cuatro elementos clave: (1) los operadores existentes del mercado están mejorando a lo largo de la trayectoria de sostener la innovación; (2) los operadores tradicionales superan las necesidades de los clientes; (3) los titulares sienten que tienen la capacidad de lidiar con la amenaza disruptiva; y (4) el resultado es que los titulares se enfrentarían eventualmente a una lucha. Husig, Hipp y Dowling (2005), las características más importantes, que indican la amenaza de interrupción: (1) barato, simple, inicialmente más bajo realizar y luego mejorar rápidamente; (2) exceso de oferta de rendimiento; (3) conduciendo al rechazo del cliente; (4) reducción de márgenes y ganancias; (5) éxito en los mercados emergentes; (6) superposición de preferencias asimétricas; y (7) trayectorias que se cruzan. Nagy, *et al.* (2016), basado en las define la innovación disruptiva como "una innovación que cambia las métricas de rendimiento, o las expectativas del consumidor, de un mercado por proporcionando una funcionalidad radicalmente nueva, estándares técnicos discontinuos o nuevas formas de propiedad”.	(Christensen et al., 2015; Pandit y col., 2017 ; Yu y Hang, 2010). Christensen et al. (2000), Christensen y Raynor (2003), Govindarajan y Kopalle (2006), King y Baatartogtokh (2015), Husig, Hipp y Dowling (2005), Nagy, *et al.* (2016)

Fuente. Elaboración propia, tomado de Si, S., & Chen, H.,(2020)

2.3.4.2 Definición de la Innovación Disruptiva

En general, todas estas definiciones se complementan entre sí, pero no existe una definición común. Diversos autores coinciden en que la complejidad del fenómeno dificulta el acuerdo (Yu, D. y Hang, C.C., 2010; Kawamoto, C. T., & Giovinazzo Spers, R., 2019; Martínez-Vergara, et al., 2020; Si, S., & Chen, H. ,2020).

Existen dos trabajos importantes que buscan integrar, -luego de la revisión del *estado del arte* y el análisis respectivo- una definición amplia, consistente y actualizada de la innovación disruptiva, y es por esta razón que el presente trabajo de tesis asume las mismas.

Por un lado, Si, S., & Chen, H.,(2020) proponen una definición de innovación disruptiva como: Un proceso de innovación en el que las tecnologías, productos o servicios son inicialmente inferiores a los proporcionados por los titulares en los atributos que los consumidores principales valoran, pero estas pueden atraer y satisfacer a los consumidores en mercados nuevos o de gama baja con ventajas en los atributos de rendimiento (como ser baratos, simples o convenientes) que estos consumidores valoran pero que al mismo tiempo son ignorados por los mercados principales, con el tiempo, a través de la mejora incremental de la tecnología o el proceso, una innovación disruptiva satisface gradualmente las necesidades de la corriente principal de consumidores, con el fin de obtener cierta cuota de mercado o incluso sustituir a los operadores tradicionales en los mercados principales.

Asimismo, Martínez-Vergara, SJ y Valls-Pasola, J. (2020), proponen la siguiente definición de innovación disruptiva:

> “DI puede verse como un proceso que tiene lugar durante períodos de tiempo, que comienza en el mercado de gama baja o crea un nuevo mercado para avanzar hacia el mercado principal y mercado de gama alta. Una DI no compite inicialmente con los operadores tradicionales, pero

después de algún tiempo la competencia se intensifica, lo que a menudo resulta en el desplazamiento de los tradicionales o en reparto del mercado, aunque la DI normalmente disfruta de una mayor participación de mercado, ofreciendo productos o servicios con características únicas que lo convierten mejor opción para los consumidores. Inicialmente, DI solo se puede utilizar en mercados pequeños alejados del mercado principal, es disruptivo porque posteriormente puede convertirse en rendimiento competitivo frente a productos o servicios establecidos dentro de la corriente principal mercado y puede cambiar el comportamiento de los clientes, los operadores tradicionales y el mercado" (p.10). Ver figura 2.15.

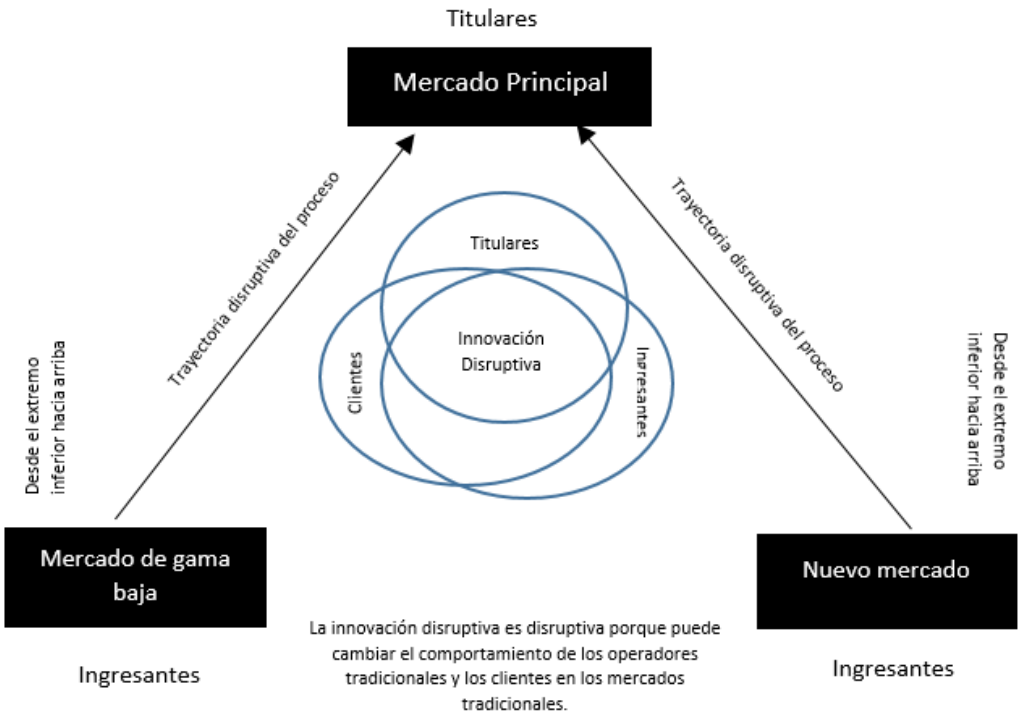


Fig. 2.17 **Ilustración del proceso de innovación disruptiva**

Fuente. Tomado de Martínez-Vergara, et al., 2020

Estas definiciones destacan por:

(1) Se subraya que la disruptividad constituye un proceso dinámico más que un resultado estático. La teoría de la innovación disruptiva postula que la cualidad disruptiva no reside inherentemente en la tecnología o solución en sí, sino en el mecanismo progresivo mediante el cual esta se introduce y transforma la estructura del mercado existente.

(2) Enfatiza las dos fases involucradas en el proceso. La primera, es una fase de entrada en la que la innovación disruptiva establece una posición en un mercado de gama baja o un nuevo mercado sin explotar. Y la segunda fase, es la transformación, en la que la innovación disruptiva mejora gradualmente los atributos de rendimiento a través de la mejora continua de la tecnología o los procesos y comercializarlos a través de modelo de negocios efectivos, para que puedan atraer a los consumidores principales y, en última instancia, ganar una cierta cuota de mercado en el mercado principal.

(3) Destaca los mercados nuevos y de gama baja como los dos puntos de apoyo de innovación disruptiva.

(4) Enfatiza las características esenciales de innovación disruptiva que ayudan a distinguirla de otros tipos de innovación.

2.3.4.3 Características de la Innovación Disruptiva

Muchos estudios que a la par de proponer definiciones sobre innovación disruptiva, han identificado sus principales características. Liu, W., et al., 2020; Nagy, et al., 2016; Si, S., & Chen, H. , 2020; Martínez-Vergara, et al., 2020, entre otros, mediante una amplia y actualizada revisión sistemática, han integrado estos diferentes enfoques y proponen de manera resumida las principales características de la innovación disruptiva (ver Tabla 2.3).

2.3.4.4 Tipos de Innovación según la Teoría de la Innovación Disruptiva

Según Christensen, *et al.* (2000), existen dos tipos de innovación, la innovación de apoyo (incremental) y la innovación disruptiva. Las de apoyo

(incremental) se caracterizan por la mejora continua del funcionamiento de un producto o proceso y generalmente las adoptan empresas dominantes de la industria. Por otro lado, las disruptivas son aquellas que interrumpen o redefinen la trayectoria del funcionamiento del producto o servicio, las empresas dominantes tienen dificultades para adoptar este tipo de innovación.

Tabla 2.3 **Principales características de la innovación disruptiva**

	Características	**Autores**
1	Es un proceso más que algunos resultados específicos	Ansari et al., 2016 ; Christensen, 2006 ; Christensen y Raynor, 2003 ; Lindsay y Hopkins, 2010; Schmidt y Druehl, 2008
2	El objetivo inicial es centrarse en los mercados de gama baja o nuevos mercados	Christensen et al., 2004 , 2015; Govindarajan y Kopalle, 2006a, b
3	Sus productos o servicios suelen ser inferiores a los existentes en los atributos de rendimiento que los consumidores en el mercado principal están más interesados y valoran, pero que pueden cumplir las necesidades de los consumidores en sus mercados objetivo en los atributos que estos consumidores valoran (es decir, "suficientemente buenos", como más baratos, más simple, más pequeño y generalmente más conveniente)	Adner, 2002 ; Bower y Christensen, 1995; Christensen, 1997 ; Christensen y Raynor, 2003; Christensen et al., 2015 ; Corsi y Di Minin, 2014; Crockett y col., 2013 ; Danneels, 2004 ; Govindarajan y Kopalle, 2006a, b ; Govindarajan y col., 2011 ; Hang et al., 2010 ; Huesig et al., 2014
4	No se desarrolla a lo largo de la trayectoria de la tecnología existente	Bergek y col., 2013 ; Bower y Christensen, 1995 ; Christensen y Rosenbloom, 1995; Christensen y col., 2004 , 2000 ; Christensen y Overdorf, 2000 ; Dosi, 1982 ; König et al., 2012
5	Los atributos de los productos o servicios proporcionados continuarán mejorando hasta que satisfagan las necesidades de los consumidores en el mercado principal y penetrar gradualmente en el mercado principal	Bower y Christensen, 1995; Christensen et al., 2015; Crockett et al., 2013; Govindarajan y Kopalle, 2006a
6	Cambia las métricas de rendimiento, o las expectativas del consumidor, de un mercado por proporcionando una funcionalidad radicalmente nueva, estándares técnicos discontinuos o nuevas formas de propiedad	Nagy, et al. (2016) Liu, W., Liu, RH, Chen, H. y Mboga, J. (2020)

	Reduce de manera integral el costo total del mercado objetivo.	
7	Requiere un nuevo modelo de negocio	García (2012) Hwang, J., Christensen, C. (2008)

Fuente. Elaboración propia, tomado de Si, S., & Chen, H. (2020; Martínez-Vergara, et al., 2020; Nagy, et al., 2016; García, 2012.

A. Innovaciones Incrementales

Estas innovaciones, generalmente impulsadas por las empresas líderes del sector, se orientan a la optimización constante de productos o procesos. Dado que los clientes más exigentes suelen estar dispuestos a pagar más por bienes de mayor sofisticación, estas organizaciones encuentran un incentivo para innovar. No obstante, esta búsqueda de mejora continua puede llevar a una situación de "sobre-oferta", donde el producto supera lo que los clientes realmente necesitan o pueden costear (Christensen *et al*., 2006). Al priorizar a este segmento de alto rendimiento, las empresas consolidadas descuidan el mercado de gama baja, abriendo así una oportunidad para las innovaciones disruptivas, que típicamente emergen en ese segmento inferior entre nuevos consumidores (Cruz, 2017; King & Baatartogtokh, 2015).

El mantener una trayectoria de mejora del funcionamiento del producto o servicio es un patrón muy importante de la innovación, el cual tiene como finalidad alcanzar un aumento de los márgenes de beneficio. Este tipo de innovación es la que toma un producto y lo mejora, y son importantes para el crecimiento de una empresa.

Las empresas ya establecidas pueden ser agresivas, innovadoras y capaces de satisfacer las necesidades de sus clientes con innovaciones de toda clase, pero muchas veces estas empresas líderes parecen ser esclavos de sus clientes, es decir, estas empresas son incapaces de afrontar con éxito la incorporación de innovaciones dirigidas a las partes menos rentables de su cartera de clientes o a nuevos mercados. De esta manera dichas empresas

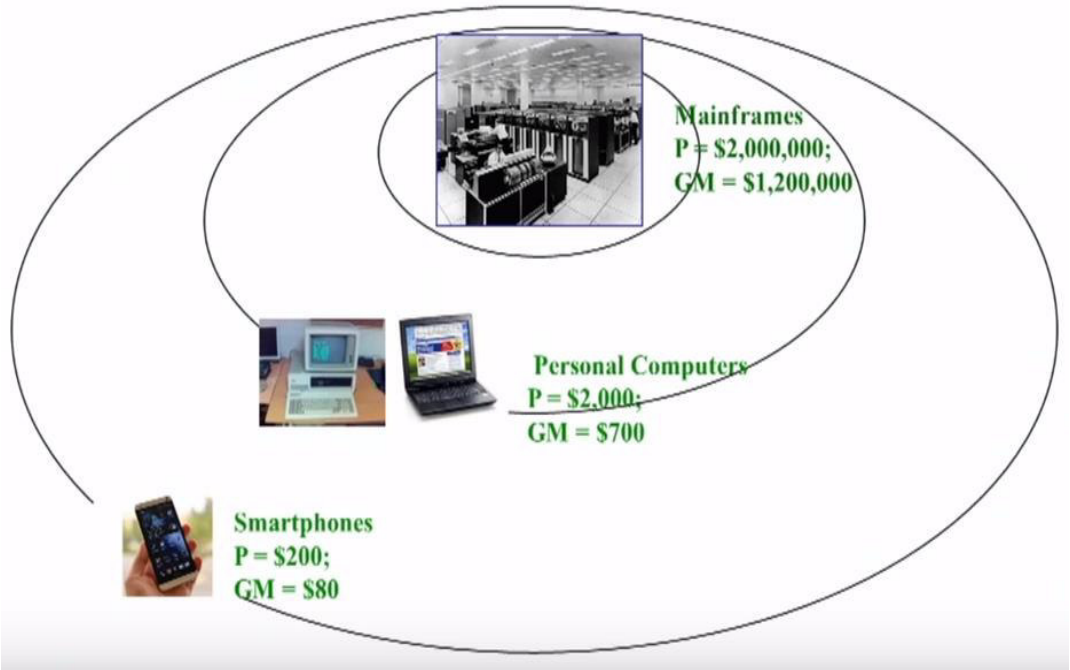
permiten que nuevas empresas entrantes absorban parte de su mercado (Christensen, *et al*., 2006). (King, AA y Baatartogtokh, B., 2015).

b. Innovación Disruptiva

La disrupción constituye una teoría sobre la dinámica competitiva que explica cómo un actor emergente puede desafiar la hegemonía de las empresas establecidas en una industria. Las organizaciones consolidadas, en su búsqueda de maximizar la rentabilidad mediante la mejora continua para sus clientes más leales, suelen descuidar segmentos de mercado específicos. Estos espacios desatendidos son precisamente donde los innovadores disruptivos establecen su posición inicial, ya sea para (i) escalar progresivamente dentro de la industria existente o (ii) crear mercados completamente nuevos que satisfagan necesidades insatisfechas.

La innovación disruptiva representa así un proceso de reconfiguración de mercado que genera nuevas cadenas de valor y mercados, eventualmente desplazando a los actores dominantes de sus posiciones de liderazgo (Chacón, 2020; King & Baatartogtokh, 2015; Cruz, 2017).

Según el marco de Christensen (1997), las innovaciones disruptivas irrumpen típicamente con productos de prestaciones inferiores, pero más económicos y accesibles, como fue el caso de las PCs frente a los *mainframes* o los *smartphones* hoy (ver ejemplo de Christensen, figura 2.16). Su valor radica en una nueva propuesta: simple y practica por encima del alto rendimiento. Curiosamente, lo que las hace parecer deficientes para los clientes tradicionales se convierte en su mayor ventaja para nuevos mercados. Al priorizar la rentabilidad de los segmentos más exigentes, las empresas establecidas a menudo ignoran estos desarrollos, pues el producto disruptivo, en sus inicios, solo satisface las necesidades de un nicho reducido y parece poco lucrativo.



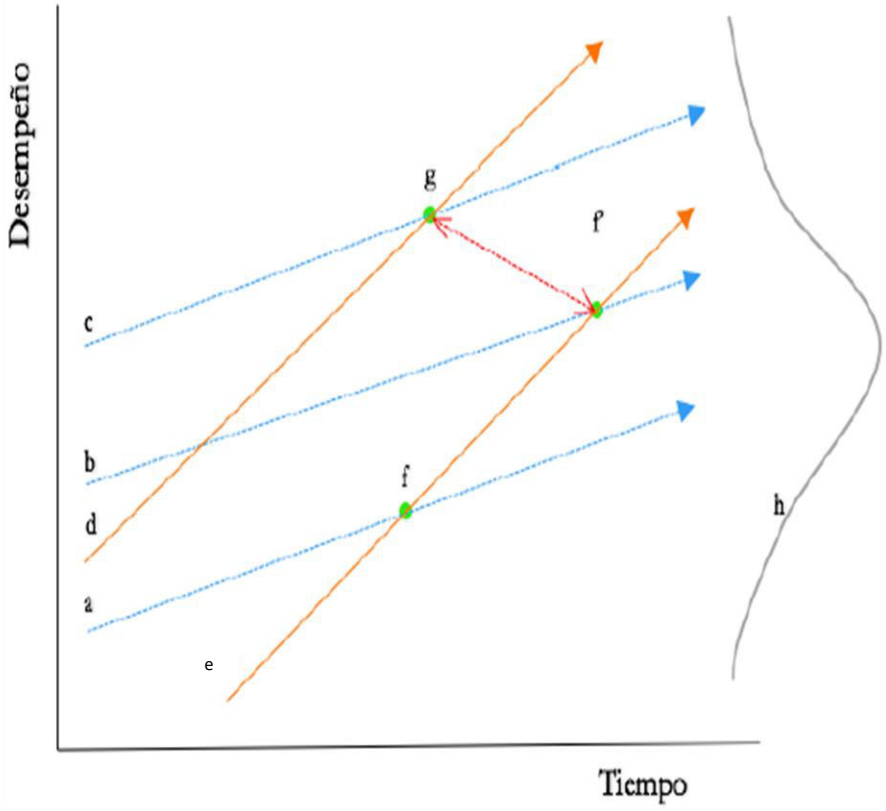
18Fig. 2.18 **Innovación disruptiva y la propuesta de valor**

Fuente. Christensen C. (2012).

No obstante, a medida que estas innovaciones disruptivas perfeccionan su rendimiento, terminan suplantando de forma progresiva a la oferta de las empresas dominantes (Chacón, 2020; Cruz, 2017; King & Baatartogtokh, 2015).

2.3.5 El modelo de la Innovación Disruptiva

El marco conceptual de la innovación disruptiva, desarrollado por Christensen (1997) y posteriormente refinado por el mismo, Christensen et al. (2015), se representa en la Figura 2.17 mediante la comparación entre dos trayectorias fundamentales. Por un lado, las curvas d y e ilustran la evolución en el desempeño de los productos a lo largo del tiempo; por otro, las curvas a, b y c reflejan las demandas progresivas de los clientes y su disposición a remunerar por mejoras en dicho desempeño.



Leyenda.
a. Nivel de rendimiento requerido por los segmentos de mercado menos exigentes
b. Expectativas de desempeño del mercado convencional
c. Exigencias técnicas de los segmentos premium
d. Evolución tecnológica de las innovaciones sustentadoras
e. Trayectoria de mejora de la innovación disruptiva
f. Punto de penetración inicial en mercados de baja gama
f'. Momento de expansión hacia mercados establecidos
g. Excedente de capacidad en innovaciones tradicionales
h. Distribución estadística de clientes según sus requerimientos

Fig. 2.19 **El impacto del cambio tecnológico incremental y disruptivo**

Fuente. Cruz (2017), adaptado de Christensen (1997; Christensen, et al., (2015).

El modelo evolutivo de la disrupción tecnológica comprende cuatro fases secuenciales:

Fase inicial: Las propuestas disruptivas presentan capacidades insuficientes para atender las expectativas del mercado convencional, generando desinterés en los consumidores establecidos.

Fase de desarrollo: Mediante ciclos iterativos de mejora, la innovación disruptiva alcanza progresivamente los estándares requeridos por el mercado principal (puntos f y f'), expandiendo su valor tanto para segmentos básicos como tradicionales.

Fase de divergencia: Paralelamente, las tecnologías consolidadas persiguen mejoras incrementales orientadas a segmentos premium (g), desarrollando capacidades que superan las necesidades de los mercados masivos y reduciendo su valor percibido.

Fase de transformación: Esta dinámica genera migración de clientes hacia las nuevas soluciones, desencadenando la reconfiguración del mercado y erosionando la posición de los actores establecidos (Christensen, 1997; Christensen et al., 2015; King et al., 2015; Cruz, 2017).

Se evidencia que el modelo de Christensen postula una distribución normal (h) en los requerimientos de desempeño dentro de cada segmento de mercado, donde los extremos representan a los consumidores de bajo y alto nivel, mientras el centro concentra las demandas del mercado principal.

Los clientes del estrato inferior manifiestan mayor predisposición hacia las innovaciones disruptivas debido a su limitada capacidad para absorber las mejoras incrementales características de las tecnologías establecidas. Contrariamente, los segmentos premium muestran menor susceptibilidad a la disrupción, pues poseen mayor capacidad de asimilación para las mejoras sostenidas en el desempeño (Schmidt y Druehl, 2008; Agyei-Boapeah et al., 2022).

.

2.3.6 Modelo tridimensional de Innovación disruptiva

El modelo tridimensional de innovación disruptiva muestra de una manera más completa las variables que integran a la innovación disruptiva (Gallegos y Reyes, 2008).

De acuerdo con la Figura 2.18 las variables que se deben tomar en cuenta para el desarrollo de la innovación disruptiva son las siguientes:

Desempeño y Tiempo: Donde se observa los niveles de desempeño

respecto a la innovación desarrollado por la empresa, así como el tiempo necesario para el desarrollo, implementación y difusión de la innovación.

En la primera dimensión se pueden observar las siguientes variables:

- Estrategia de Apoyo: Se refiere a la introducción de un mejor producto dentro de un mercado ya establecido
- Disrupción de Bajo Nivel: Direccionar a un cliente sobre servido hacia un modelo de negocio con costos inferiores.
-

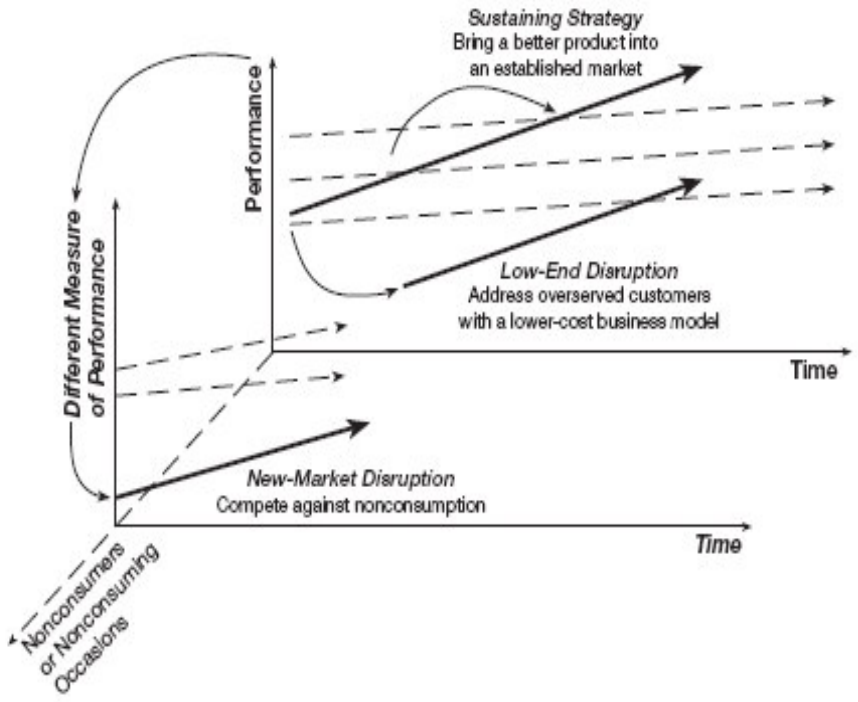


Fig. 2.20 **Modelo tridimensional de la innovación disruptiva**

Fuente. Adaptado de Christensen y Raynor, E. (2003)

Las variables de la parte tridimensional del Modelo son:

- Disrupción de Nuevos Mercados: Competir contra los no consumidores

ya que los productos disruptivos de nuevos mercados son mucho más económicos y simples de usar, por lo que activa a toda una nueva población a obtener y utilizar el nuevo producto.

- Ocasiones de no Consumo o No consumidores: Conjunto de la población que no es activo en ciertos mercados.

Diferentes redes de valor pueden surgir a diferentes distancias del original a lo largo de la tercera dimensión del diagrama. Se refiere a la disrupción que crea nuevas redes de valor en el tercer eje como disrupciones de nuevo mercado (new-market disruptions) en contraste las disrupciones de bajo nivel son aquellas que atacan a clientes sobre servidos y con menor potencial de ganancia en el más bajo nivel de la red de valor (Christensen, *et al.*, 2003).

En el diagrama también se puede observar que la disrupción es una fuerza en curso que siempre está trabajando, esto significa que quienes han sido disruptores en una generación se convertirán en disruptivos en otra. (Christensen, *et al.* 2003).

2.3.7 Controversias, mejoras adicionales y aportes a la teoría de la innovación disruptiva

Dese que Christensen (1997), originó la teoría enfocada en las tecnologías disruptivas, a través del tiempo la misma teoría ha sido utilizada para explicar todo tipo de innovación disruptiva creando confusión. Diferentes tipos de innovaciones tienen diferentes efectos competitivos y producen diferentes tipos de mercados. Danneels (2004) examinó la teoría detrás de la innovación disruptiva tecnológica e identificó numerosos puntos que requieren una exploración más profunda que va más allá de lo establecido. Uno de estos puntos es la simple definición de innovación disruptiva como tal, a pesar de ser un término ampliamente utilizado tanto académicamente

como a nivel administrativo, aún existe un entendimiento poco claro respecto a lo que constituye una innovación disruptiva (ver sección 2.3.4 sobre la teoría de la innovación disruptiva de esta tesis).

El otro punto de controversia importante es que, una innovación tecnológica disruptiva es fundamentalmente un fenómeno diferente de un modelo de negocio disruptivo, así como de una innovación disruptiva de producto. Estas innovaciones llegan en diferentes formas, tienen efectos competitivos diferentes, y requieren repuestas diferentes por parte de las empresas líderes. Incluir todo tipo de innovaciones disruptivas en una misma categoría es como mezclar manzanas con naranjas, lo que representa una seria implicación en cómo se estudiará la innovación disruptiva en un futuro (Henderson y Clark, 1990).

Existe una innovación de modelo de negocio, Markides (1997), llama a este tipo de innovación “innovación estratégica”. La innovación de un modelo de negocio es el descubrimiento de un fenómeno totalmente diferente de un modelo de negocio ya existente. Para calificar como una innovación de nuevo modelo de negocio se debe de incrementar la economía existente ya sea trayendo a nuevos clientes o incitando a sus clientes actuales a consumir más. Es importante resaltar que las innovaciones de un modelo de negocio no descubren nuevos productos o servicios; simplemente redefinen un producto o servicio ya existente, y el cómo se provee al cliente.

Otros autores refieren discrepancias a las teorías de innovación disruptiva de Christensen, en el caso de Mount (2012), señala que si bien una innovación disruptiva en su forma más simple es una innovación que perturba drásticamente el mercado. La definición de Christensen de "disrupción" proporciona implícitamente una dualidad de resultados disruptivos. Estos son: (1) disrupción del mercado, que se refiere a la transformación de la dinámica competitiva; y (2) interrupción organizacional, que se refiere a la interrupción experimentada por

las empresas establecidas cuando se enfrentan a amenazas disruptivas, en el último caso señala que la definición de Christensen explica la caída de la empresa como efecto de la disrupción, sin embargo, se plantea que los resultados de la revisión de la literatura muestran la interpretación errónea común de la innovación disruptiva utilizada para describir el fracaso de la empresa titular. Encontramos que cuando se enfrentan a cambios disruptivos, el fracaso de la empresa se atribuye a la capacidad de reacción de una organización. Por lo tanto, el fracaso de la empresa es una cuestión de competencia organizacional, propensión a la gestión y cultura, más que una cuestión de innovación en sí misma.

Por ello precisa el mismo autor define la innovación disruptiva como: "Una innovación que transforma radicalmente los mercados existentes y / o crea nuevos mercados a través de la introducción de dimensiones de rendimiento alternativas que redefinen el valor para el cliente"(Mount, 2012, p 69). Este proceso de transformación cambia las bases de la competencia esperadas en los mercados principales a nuevas dimensiones de desempeño. Hay muchos factores que influyen en el proceso de interrupción del mercado, a saber, la estructura de preferencias, la estructura de la demanda, la dinámica de desarrollo y la estructura del mercado. En consecuencia, las interacciones entre estos factores y su composición inicial conducen a la aparición de diferentes regímenes competitivos, es decir, convergencia, aislamiento e interrupción. Por lo tanto, la disrupción del mercado es un fenómeno complejo y multifacético.

Otros autores como Nagy, D., Schuessler, J., Dubinsky, A. (2016), proponen una definición que pretende basar la definición de innovación disruptiva en la funcionalidad, los estándares técnicos y la propiedad así plantea “una innovación que cambia las métricas de rendimiento o las expectativas del consumidor de un mercado al proporcionar una funcionalidad radicalmente nueva, estándares técnicos discontinuos o nuevas formas de propiedad". Y añade que esta definición aborda dos problemas importantes con la definición existente de

innovaciones disruptivas. Primero, identifica características de innovación específicas que se pueden identificar y comparar. En segundo lugar, responde a la pregunta sobre por qué una innovación puede ser perjudicial para algunas entidades, pero no para todas. La solución es la alineación innovadora de la funcionalidad, estándares técnicos y modelos de propiedad con tecnologías organizativas y de mercado existentes. En tercer lugar, esta definición permite categorizar las innovaciones como nuevas innovaciones de mercado, aquellas innovaciones con nueva funcionalidad o como innovaciones de gama baja, aquellas innovaciones con estándares técnicos discontinuos (materiales o procesos de producción) o nuevas formas de propiedad.

Actualizando sus aportes teóricos y en base a la evolución que ha tenido la innovación disruptiva, Christensen plantea actualizaciones a sus postulados primigenios.

En un artículo de Harvard Business Review, Christensen et al. (2015) introducen ajustes y precisiones a su teoría original con el fin de abordar ciertas anomalías y casos que no habían sido explicados adecuadamente. Inicialmente, por ejemplo, se sostenía que toda innovación disruptiva se originaba en la base de los mercados establecidos; sin embargo, se observaron casos en los que los nuevos competidores emergían en mercados totalmente distintos.

Por tanto, ahora se reconocen dos tipos de innovaciones disruptivas:

A. Las innovaciones disruptivas de bajo nivel o de gama baja (Low end disruptions):

   Los nuevos participantes se incorporan al estrato inferior de un mercado ya existente, integrándose en la red de valor vigente antes de ascender y competir con los actores establecidos. Este fenómeno ocurre cuando los productos disponibles superan las necesidades de los clientes menos exigentes, ofreciendo un rendimiento "suficientemente bueno" a un costo menor. Así, la disrupción surge desde abajo, aprovechando la sobreoferta de valor para los segmentos más básicos.

B. Las innovaciones disruptivas de nuevo mercado (new market):

En este segundo tipo, los innovadores no compiten por clientes existentes, sino que crean un mercado completamente nuevo, convirtiendo a no consumidores en consumidores. Esto sucede cuando los productos o servicios disponibles presentan barreras de acceso, ya sea por precio, complejidad o centralización, que excluyen a un amplio grupo de potenciales usuarios. La disrupción, en este caso, consiste en ofrecer una solución novedosa que democratiza el acceso a lo que antes era inalcanzable.

En síntesis, diversos autores incluyendo a Christensen et al. (2015), King y Baatartogtokh (2015), y Govindarajan y Kopalle (2006) coinciden en caracterizar la "innovación disruptiva" mediante los siguientes principios fundamentales:

a. Un mecanismo competitivo que permite a empresas emergentes con recursos limitados desafiar exitosamente a corporaciones establecidas.
b. La tendencia de los actores consolidados a concentrarse en la mejora continua para sus clientes más rentables, generando excedentes de desempeño para algunos segmentos y desatendiendo completamente a otros.
c. La estrategia de los disruptores de establecerse inicialmente en segmentos marginados, ofreciendo soluciones funcionales, frecuentemente con estructuras de costo más eficientes.
d. La respuesta típica de los titulares, quienes priorizan la rentabilidad de segmentos premium y subestiman la amenaza disruptiva.
e. La progresión de los nuevos participantes hacia segmentos superiores, manteniendo sus ventajas competitivas originales mientras alcanzan los estándares del mercado principal.
f. La consolidación de la disrupción cuando los clientes tradicionales adoptan masivamente las nuevas alternativas.

Los mismos autores (Christensen et al., 2015) complementan esta

conceptualización mediante tres precisiones fundamentales:

a. La disrupción constituye un **proceso evolutivo** donde el valor central reside no en el producto o servicio en sí, sino en su trayectoria de mejora y adaptación a lo largo del tiempo.
b. Los agentes disruptivos frecuentemente desarrollan **modelos de negocio alternativos** a los establecidos. Ilustran este principio con el contraste entre las clínicas minoristas (*retail clinics*) en salud –que operan bajo un modelo de "proceso" estandarizado, protocolizado y de bajo costo– y la medicina tradicional basada en el modelo de "tienda de soluciones" que prioriza el diagnóstico personalizado y el uso intensivo de recursos (Hwang y Christensen, 2008).
c. El carácter disruptivo no garantiza **éxito comercial**. La teoría reconoce explícitamente que muchas innovaciones disruptivas fracasan, y que numerosas empresas emergentes triunfan mediante estrategias no disruptivas.
d. Estos fundamentos permitieron a la teoría trascender el nivel de correlación para establecer **relaciones causales** robustas, validadas empíricamente a través de estudios multidisciplinarios en diversos sectores industriales.

2.3.8 La Tecnología y la innovación disruptiva de negocios

Para resolver el dilema del innovador sobre cómo las empresas establecidas bien gestionadas pueden evitar el destronamiento mediante el desarrollo de tecnologías disruptivas a partir de sus paradigmas competitivos sostenibles, Christensen y Raynor (2003) publicaron otro libro titulado The Innovator's Solution. En este libro, reemplazaron la tecnología disruptiva con el término 'innovación disruptiva', porque ampliaron la aplicación de la teoría para incluir no solo productos tecnológicos, sino también servicios y modelos de negocios innovadores. Markides (2006), argumentó además que las innovaciones tecnológicas eran fundamentalmente diferentes de las innovaciones del modelo

de negocio, “Debería ser obvio de la discusión hasta ahora que innovaciones en el modelo de negocio y, en particular, proceso mediante el cual emergen y crecen: comparten muchas similitudes con innovaciones tecnológicas disruptivas, que el trabajo original de Christensen (1997) ha examinado. Las similitudes entre los dos han llevado algunos investigadores para tratar los dos tipos de innovación como uno y el mismo, esto es un error” (Markides,2006, p21).

Yu and Hang (2010) afirma que la “innovación disruptiva” es un término más apropiado que la tecnología disruptiva para describir todo el fenómeno, ya que las innovaciones en los modelos de negocio están muy involucradas. Además, citando a Christensen, refinó su teoría y enfatizó que las innovaciones disruptivas podrían clasificarse ampliamente en innovaciones disruptivas de gama baja y de nuevos mercados (Christensen y Raynor 2003).

Diversos autores coinciden respecto al rol de las nuevas tecnologías, en que son generadores de disrupción, pero “que las TIC no son suficientes por sí solas, sino que deben ir deben ir acompañadas de modelos comerciales innovadores que liberen el potencial de valor de la nueva invención técnica comercializándola en los mercados” (Heikkilä et al., 2015,p.4), Hwang (2009), enfatiza la importancia de la innovación del modelo de negocios en el que se integre la tecnología disruptiva, creando un modelo de negocios que pueda ser rentable.

Schiavi (2018) complementa esta perspectiva señalando que, si bien la evidencia empírica confirma que la adopción tecnológica impacta positivamente el desempeño organizacional y genera ventajas competitivas, las empresas deben trascender la mera innovación en productos o servicios. La adaptación estructural del modelo de negocio emerge como un requisito crítico frente a las nuevas tecnologías, pues la capacidad de identificar oportuna-mente las oportunidades y amenazas tecnológicas permite a las organizaciones reconfigurar sus procesos, competencias, propuestas de valor y ecosistemas de colaboración.

En este contexto, la competencia en los ecosistemas empresariales

contemporáneos ya no se limita a la rivalidad mediante productos o tecnologías, sino que se extiende a la confrontación entre modelos de negocio. La innovación en este ámbito representa una modalidad particularmente poderosa, con potencial para redefinir mercados establecidos y construir ventajas competitivas sostenibles mediante propuestas de valor diferenciadas.

De acuerdo con Cruz (2017), quien retoma los postulados de Christensen (1997), el fenómeno de las tecnologías disruptivas debe entenderse primordialmente como una oportunidad de mercado antes que un avance técnico. El enfoque central consiste en adaptar la tecnología a las necesidades del mercado emergente, y no viceversa. Esto implica identificar y cultivar segmentos que valoren específicamente las características de los productos disruptivos, en lugar de buscar competir directamente en los mercados establecidos mediante mejoras tecnológicas incrementales. Una característica fundamental de estos productos radica en su funcionalidad: deben ser conceptualmente sencillos y de fácil uso. Esta propuesta de valor debe complementarse con un modelo de negocio disruptivo que garantice tanto rentabilidad como competitividad en el largo plazo (Cruz, 2017, p. 41).

2.3.9 Las innovaciones disruptivas de modelos de negocio

Para abordar las innovaciones disruptivas de modelos de negocio, es necesario definir previamente: ¿qué es un modelo de negocio? Y ¿qué es un modelo de negocio disruptivo?

2.3.9.1 Modelo de Negocios

Según Osterwalder y Pigneur (2010), un modelo de negocios se define como la razón de cómo una organización crea, captura y entrega valor tanto en el contexto económico como social y es considerado como parte fundamental de la estrategia.

De acuerdo con Christensen y Johnson (2009), un modelo de negocio se compone de cuatro elementos interconectados que colectivamente generan y distribuyen valor:

- **Propuesta de valor**: Consiste en un producto o servicio que permite a los clientes ejecutar una "tarea" específica de manera más eficaz, accesible o económica. El concepto de "tarea" se refiere a un problema fundamental en un contexto determinado que requiere solución. Al comprender integralmente esta tarea —incluyendo su proceso de ejecución— se puede diseñar una oferta adecuada. La fuerza de la propuesta de valor aumenta cuando: (1) la tarea es prioritaria para el cliente, (2) existe insatisfacción con las soluciones disponibles, (3) la nueva solución supera a las alternativas existentes, y (4) se ofrece a un precio competitivo.
- **Recursos:** La propuesta de valor define los recursos que la empresa debe implementar para entregar la propuesta de valor. Los recursos clave son activos como las personas, la tecnología, los productos, las instalaciones, los equipos, los canales y la marca necesarios para entregar la propuesta de valor al cliente objetivo. El enfoque aquí está en los elementos clave que crean valor para el cliente y la empresa, y la forma en que interactúan esos elementos. (Cada empresa también tiene recursos genéricos que no crean una diferenciación competitiva).
- **Procesos claves:** Mecanismos mediante los cuales la organización utiliza sus recursos para materializar la propuesta de valor. Las empresas exitosas desarrollan procedimientos operativos y gerenciales estandarizados que garantizan la entrega consistente de valor, permitiendo su replicación sistemática y escalamiento. Estos procesos abarcan tanto actividades recurrentes (capacitación, desarrollo de productos, manufactura, gestión presupuestaria, planeación, comercialización y servicio postventa) como los marcos normativos que rigen la operación: reglas organizacionales, sistemas de métricas y estándares de desempeño.

- **Fórmula de ganancias:** Modelo que articula cómo la organización genera valor económico propio mientras entrega valor al cliente. Sus componentes son:

    a. **Modelo de ingresos**: Determinado por la relación entre precio unitario y volumen de ventas.
    b. **Estructura de costos**: Compuesta por costos directos, indirectos y el impacto de las economías de escala, definida principalmente por los recursos esenciales que requiere el modelo de negocio.
    c. **Modelo de margen**: Establece la contribución necesaria por transacción para alcanzar los objetivos de rentabilidad, considerando los volúmenes proyectados y la estructura de costos.
    d. **Velocidad de rotación de recursos**: Define la rapidez requerida para renovar inventarios, activos fijos y otros recursos, así como la eficiencia necesaria en su utilización para respaldar el volumen operativo esperado y alcanzar la rentabilidad prevista.

Estos cuatro componentes constituyen los pilares fundamentales de cualquier modelo de negocio. La propuesta de valor y la fórmula de rentabilidad definen respectivamente el valor creado para el cliente y para la organización, mientras que los recursos y procesos clave especifican los mecanismos para materializar dicho valor en ambas direcciones.

La aparente simplicidad de este marco conceptual oculta su verdadera potencia analítica, que reside en las complejas interrelaciones entre sus componentes. Cualquier modificación sustancial en uno de estos elementos genera impactos en los demás y en la coherencia global del modelo. Las organizaciones exitosas logran configurar un sistema estructuralmente sólido donde estos elementos se articulan de manera coherente y mutuamente reforzante.

2.3.9.2 Modelo de Negocios Disruptivos

Se enfoca en reemplazar modelos de negocios, ya sea reconfigurando modelos existentes o creando nuevos modelos, cuando la exploración de tecnologías emergentes y los procesos de innovación no se aprovechan adecuadamente en los modelos actuales, lo que requiere nuevas formas de organización empresarial. Por lo tanto, la entrega de valor diferenciado a los consumidores, la ventaja competitiva, la apertura de nuevos mercados y la obsolescencia de los modelos de negocios existentes son características observadas de los modelos de negocios disruptivos en el entorno empresarial.

Schiavi (2018), en su estudio de revisión sistemática sobre modelos de negocios disruptivos nos refiere que: los estudios iniciales sobre disrupciones en el mercado se enfocaron en el análisis de las tecnologías e innovaciones discontinuas previamente destacadas (Christensen y Bower, 1996; Christensen, 1997). Estos análisis iniciales se ampliaron al concepto de modelos de negocio disruptivos, vinculando así los modelos de negocio con las rupturas tecnológicas y de innovación (Christensen y Raynor, 2003).

La disrupción de modelos de negocio emerge cuando tecnologías e innovaciones emergentes resultan incompatibles con los modelos establecidos, creando una brecha de valor en el mercado (Moore, 2004). Hwang y Christensen (2008) identifican como factor crítico la frecuente incapacidad de las empresas para articular tecnologías disruptivas con modelos de negocio innovadores, lo que genera oportunidades para nuevos participantes.
Estos modelos disruptivos surgen específicamente para sustituir las estructuras existentes, ya sea mediante la reconfiguración radical de modelos actuales o la creación de paradigmas completamente nuevos, siempre orientados a ofrecer una propuesta de valor distintiva que resuene en segmentos desatendidos (Mitchell y Coles, 2004; Hwang y Christensen, 2008; Wu et al., 2010).

En efecto, las innovaciones en modelos de negocio trascienden la mera

introducción de novedades tecnológicas o de producto, redefiniendo fundamentalmente la naturaleza de ofertas existentes y los mecanismos para su distribución (Markides, 2006). Esta perspectiva desplaza el enfoque hacia una orientación centrada en el cliente (Magretta, 2002), priorizando la exploración de nuevas formas de generación de valor sobre la simple entrega de productos o servicios novedosos (Bashir et al., 2016).

En síntesis, las innovaciones disruptivas de modelos de negocio representan transformaciones organizacionales fundamentales que, aprovechando la flexibilidad de las nuevas tecnologías, desarrollan mecanismos inéditos de creación de valor mediante procesos innovadores que expanden los límites tradicionales de las organizaciones (Zott et al., 2010).

Resulta crucial comprender que, más allá de la innovación en productos o servicios, las empresas deben priorizar la adaptación estructural de sus modelos de negocio a las nuevas realidades tecnológicas (Pacheco et al., 2016). La capacidad de identificar oportuna-mente las oportunidades y amenazas tecnológicas permite a las organizaciones reconfigurar sus propuestas de valor, procesos, competencias, lógicas de rentabilidad y redes colaborativas (Sainio, 2004), lo que constituye la esencia misma de un modelo de negocio: la definición de cómo una empresa se organiza sistemáticamente para generar y entregar valor a sus clientes (Teece, 2010).

Efectivamente, numerosas organizaciones no logran comprender la imperiosa necesidad de adaptar sus modelos de negocio a las transformaciones tecnológicas emergentes (Markides y Oyon, 2010). Como señalan Gassmann et al. (2013), la competencia en los ecosistemas empresariales contemporáneos ya no se limita a la rivalidad mediante productos, servicios o tecnologías, sino que se extiende fundamentalmente a la confrontación entre modelos de negocio.

La innovación en modelos de negocio representa una categoría particularmente poderosa de innovación, con capacidad para reconfigurar mercados establecidos y alterar las dinámicas competitivas (Zhang et al., 2018). Esta modalidad de innovación constituye, además, un mecanismo efectivo para establecer ventajas

competitivas sostenibles y difícilmente replicables (Teece, 2010), en un contexto donde la mera superioridad tecnológica o de producto resulta insuficiente para garantizar el éxito en el largo plazo.

En efecto, los modelos de negocio disruptivos emergen como respuesta estructural cuando las tecnologías e innovaciones alcanzan un punto de madurez que las hace incompatibles con las arquitecturas organizacionales existentes. Estos modelos representan una reconfiguración fundamental que enfatiza propuestas de valor distintivas para el mercado, desplazando progresivamente los paradigmas empresariales establecidos mediante nuevas lógicas operativas y de creación de valor (Hwang y Christensen, 2008; Markides, 2006; Mitchell y Coles, 2004; Osiyevskyy y Dewald, 2015; Santos et al., 2009; Wu et al., 2010; Schiavi et al., 2019).

2.3.10 Elementos Habilitadores de la Innovación Disruptiva

Christensen, C.M., Grossman J., Hwang J. (2009), proponen que la innovación disruptiva tiene cuatro elementos habilitadores (ver figura 2.21).

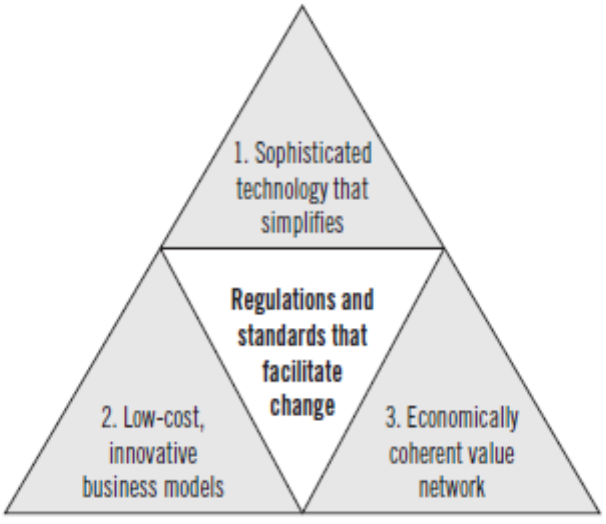


Fig. 2.21 **Elementos habilitadores de la innovación disruptiva**

Fuente. Adaptado de Christensen, C.M., Grossman J., Hwang J. (2009)

A. Primer elemento: Tecnología que simplifica, estandariza y estructura soluciones.

Una tecnología sofisticada cuyo propósito es simplificar, hacer rutinaria la solución a problemas que antes requerían procesos no estructurados intuitivos para resolverlos.

Por ejemplo, los facilitadores tecnológicos disruptivos en el cuidado de la salud son aquellos que brindan la capacidad de diagnosticar con precisión la causa de la condición de un paciente, en lugar de solo los síntomas. Cuando no es posible realizar un diagnóstico preciso, profesionales altamente capacitados y costosos resuelven problemas médicos a través de la experimentación intuitiva y el reconocimiento de patrones. La atención evoluciona hacia el ámbito de la medicina basada en la evidencia, solo cuando las enfermedades se diagnostican con precisión, se puede desarrollar y estandarizar una terapia que sea predeciblemente efectiva para cada paciente.

Las tecnologías de diagnóstico que permiten la disrupción están cambiando el cuidado de la mayoría de las enfermedades infecciosas de la medicina intuitiva al ámbito de la medicina de precisión. Se han desarrollado terapias eficaces, que abordan la causa, no solo el síntoma. Por ejemplo, en los *retail clinic*, las enfermeras brindan atención para muchas enfermedades infecciosas, y los pacientes rara vez requieren hospitalización; transformaciones similares se están dando en el ámbito sanitario, para abordar eficazmente afecciones mucho más complicadas, tales como, cáncer, hipertensión, diabetes tipo II, asma, etc.

B. Segundo elemento: Modelos comerciales que ofrecen soluciones simples de manera asequible, accesible y rentable.

En el ámbito de la salud, a pesar de tener muchos facilitadores tecnológicos

aún no se han traducido en servicios más accesibles, de menor costo y de mayor calidad. Hwang y Christensen (2008), nos refieren que es debido a la falta de innovación de modelos de negocios en el sector de atención de la salud, en muchos casos porque los reguladores no lo han permitido, es la razón por la que la atención de la salud es inaccesible.

Con el tiempo, un modelo de negocio establecido comienza a determinar los tipos de propuestas de valor que una organización puede y no puede entregar. Y está determinado que solo las propuestas de valor que se ajustan a los recursos, procesos y fórmulas de beneficios existentes de la organización pueden ser exitosamente llevados al mercado. Es decir, si surge un nuevo modelo de negocios nuevo y disruptivo que no se ajusta al modelo de negocios vigente, difícilmente es tomado en cuenta.

Por ello, los autores (Hwang y Christensen,2008) mencionan que en su investigación los únicos casos en que un líder original del mercado hizo una transición exitosa para convertirse en un líder en el nuevo plano disruptivo de la competencia ocurrió cuando el operador estableció una unidad de negocios totalmente autónoma organizada en torno a la propuesta de valor disruptiva. Por lo tanto, a este negocio independiente se le permitió crear su propia fórmula de ganancias.

En la atención médica, la mayoría de los facilitadores tecnológicos no han logrado reducir los costos, la calidad y la accesibilidad. Creemos –afirman en su mismo trabajo de investigación- que la razón principal es la falta de innovación en el modelo de negocio.

C. Tercer elemento: Una red de empresas de valor que se refuerzan mutuamente y forman la infraestructura.

Christensen (1997, p.39) conceptualiza la red de valor empresarial como "el contexto en el cual una organización identifica y satisface demandas de los clientes, resuelve problemas, adquiere insumos, responde a presiones

competitivas y genera utilidades". Posteriormente, esta noción se amplía para describir "una infraestructura comercial compuesta por empresas cuyos modelos económicos disruptivos se potencian mutuamente de manera sistemática" (Christensen, Grossman y Hwang, 2009, p. XX).

El tercer habilitador de la interrupción es la unión de una red de valor independiente en torno a los nuevos modelos de negocio disruptivos a través de los cuales se brinda en este caso la atención de salud. Las innovaciones disruptivas rara vez son compatibles con la red de valor anterior o ecosistema comercial. Cuando los innovadores disruptivos asumen que confiar en la red de valor existente es una forma más barata y más rápida de tener éxito, invariablemente encuentran que la integración de su "parte" del sistema en la antigua red de valor mata su innovación, o coopta y remodela su modelo de negocio disruptivo para que se ajuste a ese sistema. Viceversa nunca pasa.
Los autores señalan que, para tener éxito, las soluciones disruptivas deben unirse en una nueva red de valor. Cuando esto se logre, al igual que con todas las interrupciones, los pacientes y los proveedores serán atraídos uno por uno desde el sistema antiguo al nuevo.

D. Cuarto elemento: Regulación y estándares que facilitan el cambio

Los autores (Christensen, *et al.* (2009) señalan la importancia de una regulación que pueda facilitar la innovación disruptiva. “En medio de estos tres habilitadores hay una serie de reformas reglamentarias y nuevos estándares de la industria que facilitan o lubrican las interacciones entre los participantes en la nueva industria disruptiva”.

2.3.11 Barreras para la innovación disruptiva en el sistema de salud

Según (Christensen, et al; 2009) en su publicación *The Innovator´s Prescription*, plantea que la problemática en el cuidado de la salud con sus elevados costos y

difícil acceso tienen precedentes en otras industrias (teléfonos, automóviles, viajes aéreos, fotocopiadoras, etc.), que fueron lujos alguna vez costosos e inaccesibles o tal como las computadoras que existían exclusivamente en instituciones de investigación y en los centros de procesamiento de datos de las empresas, y además todas ellas requerían personal operador con alta capacitación y experiencia especializada.

Si se compara el cuidado de la salud con estas industrias, se observa algo muy similar. La mayoría de las personas pueden pagar atención médica de calidad solo con apoyo gubernamental o corporativo. Brindar servicios de salud de calidad requiere "operadores" profesionales llamados médicos, cuya capacitación es larga, costosa y especializada.

En algún momento, aquellas industrias se transformaron, haciendo que sus productos y servicios sean mucho más asequibles y accesibles y personas con menos capacitación podrían proporcionarlos y usarlos de manera competente. Según el mismo autor (Christensen, et al., 2009) este agente de transformación es la innovación disruptiva.

Sin embargo, Hwang J. (2009), señala que una de las preguntas que surgen es que, dado que la atención médica continúa introduciendo tecnologías avanzadas y equipos sofisticados cada año, ¿cómo es posible que la atención médica no se haya visto afectada? cualquier grado ya? ¿Cómo es posible que el cuidado de la salud solo parezca más costoso, menos conveniente y accesible y vaya en la dirección opuesta a la que podríamos predecir con base en nuestra observación de la historia comercial? Es decir, ¿porque no ha ocurrido ya una innovación disruptiva en el sector salud?

De acuerdo con Christensen (2009), cuyos aportes fueron desarrollados previamente en esta investigación, el surgimiento de una innovación disruptiva exitosa requiere la confluencia de tres elementos transformadores esenciales:

a. Una **tecnología facilitadora**, que permita simplificar, estandarizar y estructurar las soluciones ofrecidas.

b. Un **modelo de negocio sostenible**, capaz de entregar propuestas sencillas de forma económica, accesible y financieramente viable.

c. Una **red de valor colaborativa**, compuesta por un ecosistema de actores que se complementan y potencian entre sí, conformando así la infraestructura necesaria.

Dentro del sistema de salud existe una amplia gama de habilitadores tecnológicos capaces de simplificar productos y servicios y volverlos más accesibles. No obstante, como advierte Hwang (2009), la dificultad principal reside en el segundo facilitador: la capacidad de integrar dicha tecnología dentro de un modelo comercial innovador que logre llevarla al mercado de forma rentable. Precisamente en este punto es donde el sector sanitario suele encontrar sus mayores obstáculos.

El mismo autor explica que los hospitales contemporáneos combinan —en su mayoría— dos de los tres modelos comerciales previamente analizados (tiendas de soluciones y empresas de valor agregado), con una presencia menor del tercero (facilitadores de redes). Esta superposición de modelos en una misma institución genera, como consecuencia, estructuras organizativas extremadamente costosas e ineficientes, lo que limita su capacidad para responder adecuadamente a una cartera cada vez más amplia de patologías.

Christensen (2011) y Hwang (2009), plantean que dado el tipo de facilitadores tecnológicos que están por venir, lo que preveríamos para un nuevo sistema de cuidado de la salud es que los hospitales se centren como tiendas de soluciones y se centren en lo que están dispuestos a hacer mejor, y ese es ser los diagnosticadores del mundo de la salud (entidades complejas).

Otras entidades de salud con “procesos de valor agregado” se enfoquen y realicen los procedimientos y las reparaciones (menos complejas, protocolizadas

y predecibles), una vez que se hayan realizado los diagnósticos (reduciendo costos y mejorando la percepción de la calidad).

Indican que estos modelos ya existen, por fuera del sistema en el sector sanitario norteamericano, hay presencia de hospitales de especialidades y centros de cirugía ambulatoria y clínicas minoristas (*retail clinics*).

En este último caso, los autores señalan que, siendo empresas de valor agregado, tienen una propuesta muy diferente de la práctica del médico, las pruebas que realizan son fáciles de usar y de interpretar (una enfermera profesional puede hacerlo), y se limita a un menú de condiciones y todas basadas en protocolo. Los procesos son, a su vez, muy limitados y, básicos y la fórmula de ganancias permite que estas clínicas minoristas ganen dinero a un precio mucho más bajo que el de la oficina de un médico promedio.

En resumen, estos modelos de negocio disruptivos al incorporar en sus modelos de negocios las tecnologías que han simplificado el trabajo complejo que antes se realizaba en los talleres de soluciones, los entrantes disruptivos combinan sus recursos, procesos y fórmulas de ganancias en formas que los hospitales y las prácticas médicas no pueden igualar. Debido a que estas empresas disruptivas se enfocan en partes específicas de la atención médica basadas en reglas, pueden brindar atención a un costo más bajo y con mayor calidad que los modelos anteriores. Esto se debe a que los procesos tienen una variación tan predecible que el trabajo puede transferirse de especialistas a generalistas, de generalistas a enfermeras y otros médicos extensores, y en última instancia, a los pacientes mismos. (Hwang, Christensen, 2008).

Según Hwang (2009), el tercer habilitador constituye otra barrera significativa para la disrupción en el sector salud: la necesidad de un ecosistema comercial que respalde al modelo de negocio disruptivo en el mercado. El autor sostiene que es poco frecuente que la disrupción ocurra de forma aislada en un único eslabón de la cadena de valor de una industria. Por el contrario, lo habitual es

que se produzca cuando una cadena de valor completa desplaza y transforma el sistema anterior.

Christensen (2011) y Hwang (2009), añaden que la interrupción rara vez son compatibles con la red de valor anterior o ecosistema comercial. Para tener éxito, las soluciones disruptivas deben unirse en una nueva red de valor. Cuando esto se logre, al igual que con todas las interrupciones, los pacientes y los proveedores serán atraídos uno por uno desde el sistema antiguo al nuevo.

En la misma línea de la innovación, disruptiva en salud y las condiciones adecuadas para la misma, autores como Castaño (2014), da alcances importantes al respecto.

Menciona que la incertidumbre y asimetrías de información son la base del actual sistema de salud y el modelo de negocio actual de hospitales y prácticas médicas; y refiere que estos modelos tienen que ser desafiados con la innovación del modelo de negocio. Apunta que los tres elementos que aseguran esto son la estandarización, la separabilidad y el centrarse en el paciente.

A medida que la evidencia científica avanza y los resultados son más predecibles, la estandarización es más factible. Si un proceso estandarizado puede separarse del hospital y la práctica del médico, tiene mayor probabilidad que surjan modelos comerciales innovadores. En cuanto al enfoque centrado en el paciente, debe ir más allá del enfoque simplificador de satisfacción del paciente con comodidades, para incluir el diseño de los procesos a partir de las necesidades, expectativas y necesidades de los pacientes y sus preferencias.

El mismo autor Castaño (2014), señala en base a esto, que el proceso de atención se puede simplificar en tres pasos: diagnóstico, tratamiento y autocuidado / autocontrol. Cada uno de estos pasos tiene componentes estandarizados y no estandarizados y estos permiten la innovación en los modelos de prestación de servicios de salud y en base a esto nos propone seis

bloques de construcción (modelos comerciales) separados que se pueden reorganizar en diferentes patrones. Ver tabla 2.4

Tabla 2.4 Los seis pilares para Modelos Innovadores de Prestación de Asistencia Sanitaria

	Diagnóstico	**Tratamiento**	**Autocuidado /Autogestión**
Estandarizado	Bloque 1	Bloque 2	Bloque 3
No estandarizado	Bloque 4	Bloque 5	Bloque 6

Fuente: tomado de Castaño, R. (2014).

Cada bloque con sus propios modelos comerciales, de la siguiente manera:

- Modelo 1: Condiciones médicas para las cuales el diagnóstico y el tratamiento están altamente estandarizados (bloques 1 y 2). El proceso de atención está estandarizado, se puede delegar a personas que no son médicos, el modelo de negocio de los trabajadores de salud comunitarios es un ejemplo de esta categoría y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como diarrea, quemaduras solares menores, pie de atleta, etc.

- Modelo 2: Tratamientos médicos o quirúrgicos que están altamente estandarizados, como reparaciones de hernia, cirugía de cataratas o trasplante de riñón (bloque 2). En esta categoría algunas de las actividades más estandarizadas se delegan a no médicos.

- Modelo 3: Procesos de diagnóstico (bloque 4). En esta categoría, se separa el proceso de diagnóstico de la decisión de tratamiento. Para evitar sesgos que hace que un médico interprete signos y síntomas a través del foco de su propia experiencia con las afecciones médicas con las que está familiarizado, el proceso de diagnóstico se debe realizar de una manera interdisciplinaria y forzar a los médicos a compartir sus perspectivas antes de tomar una decisión sobre el diagnóstico.

- Modelo 4: Autocuidado y autogestión (bloques 3 y 6). Esta categoría incluye procesos que están altamente estandarizados, como tomar medicamentos, aplicar terapias no farmacológicas, cambiar hábitos y adoptar estilos de vida saludables. Así también procesos, como responder a las necesidades psicológicas o sociales particulares de un paciente, que no son estandarizables. Ambos procesos se pueden tratar de manera más efectiva a través de comunidades de apoyo entre pares. El ejemplo clásico es Alcohólicos Anónimos, en este caso, el interés común es una afección médica, y los miembros de la red se mantienen a sí mismos para reforzar los comportamientos positivos y desalentar los negativos.

- Modelo 5: Finalmente, Castaño (2014) señala que, el cuidado integrado de condiciones médicas (bloques 1, 2, 4 y 5), se deriva de la propuesta de Porter de Unidades Integradas de Práctica, (Porter M, Teisberg E, 2006) que están destinadas a crear valor en torno a las afecciones médicas, cubriendo el ciclo completo de atención. En esta categoría, los procesos estandarizados y no estandarizados son mixtos, pero se enfocan en una condición médica dada o un conjunto de condiciones concurrentes. Las afecciones crónicas, como la diabetes, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tienen más probabilidades de beneficiarse de este modelo comercial.

- Modelo 6: Procesos no estandarizados de diagnóstico y tratamiento (bloques 4 y 5). Estos son los procesos típicos que hicieron la mayor parte de la carga de trabajo en los hospitales y las prácticas de los médicos, cuando la mayoría de la atención de la salud era muy incierta debido a la falta de pruebas. Sin embargo, señala el autor, que la evolución, debido a que la evidencia científica permite una mejor predictibilidad de los resultados, algunas son factibles de estandarización, y serán transferidas a otros modelos. Sin embargo, este modelo se enfocará en procesos no

estandarizados, no separables y es obvio que este modelo de prestación de servicios de salud no desaparecerá.

En resumen, los modelos comerciales prevalecientes de hospitales y consultorios médicos surgieron de la mentalidad producida por la incertidumbre y las asimetrías de información profundamente arraigada en la prestación de asistencia sanitaria. La estandarización y la separabilidad, junto con el enfoque centrado en el paciente, permiten seis nuevos tipos de modelos comerciales además de los modelos comerciales tradicionales de hospitales y consultorios médicos. Estos cambios radicales en los modelos comerciales, más que el simple cambio de los mecanismos de pago, tienen más probabilidades de producir cambios reales en la forma en que los proveedores de servicios de salud entregan más valor por cada dólar gastado.

2.3.12 La crisis de la atención médica y la innovación disruptiva

De acuerdo con Christensen et al. (2009) en "The Innovator's Prescription", la crisis del sistema de salud estadounidense se refleja en que su costo ha superado el doble de su participación en el Producto Interno Bruto (PIB). Los datos revelan que, a pesar de diversas iniciativas implementadas, para 2016 el gasto sanitario aún representaba el 16.9% del PIB (Deloitte, 2018). Esta cifra es notablemente superior al de países con niveles de desarrollo similares, pero paradójicamente Estados Unidos se sitúa en la mitad inferior de la clasificación de esperanza de vida de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Christensen (2009) también sostiene que la competitividad internacional de las empresas estadounidenses se está viendo afectada por la carga económica que representa el financiamiento de la atención médica. El autor extiende esta problemática a otras naciones, señalando que países como Canadá y el Reino Unido enfrentan crisis similares, mientras que la situación en las naciones en desarrollo es aún más crítica.

Ante este escenario, explica que la mayoría de las iniciativas de reforma se limitan a optimizar componentes aislados del sistema actual, pese a que casi ninguna entidad cuenta con la facultad para reestructurar sus fundamentos. La verdadera solución, según su planteamiento, no radica en ayudar a los hospitales a mejorar dentro de su modelo actual, sino en transformar su naturaleza misma.

Finalmente, propone que una nueva red de valor —constituida por empresas disruptivas que colaboren y se potencien mutuamente— debe desplazar a la red existente, aprovechando así todo el potencial de la innovación disruptiva. En este proceso, la integración surgirá como uno de los elementos más decisivos para la solución definitiva.

No obstante, Hwang y Christensen (2008) plantean una aparente paradoja: pese a la constante aparición de tecnologías médicas sofisticadas, el sector sanitario ha experimentado escasas disrupciones significativas. Según los autores, esto se debe a que dichas tecnologías suelen implementarse de forma sustentadora, destinándose principalmente a auxiliar a hospitales y médicos en la resolución de casos complejos. Si bien este enfoque es válido en sí mismo, contribuye muy poco a lograr que la atención sanitaria sea más económica y accesible.

Con el objetivo de analizar esta problemática, Hwang y Christensen (2008) propusieron desglosar el proceso de innovación disruptiva en tres etapas diferenciadas, a las que denominaron "habilitadores de la disrupción". Subrayan que la confluencia de estos tres elementos resulta indispensable para que una innovación disruptiva pueda consolidarse con éxito en el ámbito de la salud.

El primer facilitador identificado consiste en un habilitador tecnológico, entendido como el desarrollo que simplifica y abarata un producto o servicio. No obstante, el sector salud suele carecer del segundo facilitador crucial: un modelo de negocio innovador que integre dicha tecnología de forma rentable para su comercialización. Esta brecha explica en gran medida las dificultades recurrentes del sector.

Como tercer elemento, se requiere la formación de un ecosistema comercial consolidado en torno al modelo disruptivo, que lo respalde durante su introducción al mercado. Esto se debe a que la disrupción raramente ocurre de forma aislada, sino que implica la transformación de toda la cadena de valor (Hwang, 2009). Un desafío particular en este proceso es la ausencia de un mercado minorista adecuado, ya que, como señalan Hwang y Christensen (2008, p. 1334), "la innovación disruptiva exige un mercado de consumidores que ofrezca incentivos apropiados para adquirir los productos y servicios que mejor cubran sus necesidades".

De acuerdo con estos autores, los principales obstáculos que impiden la innovación en el sector salud son los siguientes:

a. Intereses creados de los actores del sistema: Se incluyen aquí los grupos médicos, aseguradoras y empresas de tecnología médica, entre otros, cuyos intereses pueden alinearse con la preservación del statu quo.

b. Fragmentación de los servicios de salud: En este contexto, la tecnología de información sanitaria se revela como un componente crucial para habilitar procesos innovadores.

c. Ausencia de un mercado minorista consolidado: Para que operen las fuerzas del mercado, es necesario que los consumidores puedan realizar decisiones de compra racionales.

d. Restricciones regulatorias: El marco normativo actual tiende a mantener la atención médica en modelos de alto costo.

e. Sistemas de reembolso contraproducentes: La reducción de las tarifas de reembolso en el sistema actual, lejos de fomentar la innovación disruptiva, actúa como un mecanismo que la inhibe.

Castaño (2014), coincide con Christensen C.M., señala que un gran obstáculo en el camino hacia una mayor relación calidad-precio en los hospitales generales y

las prácticas médicas, es que estas combinan procesos estandarizados y no estandarizados en el mismo modelo de negocios. Si los procesos estandarizados pueden separarse de los no estandarizados, los primeros se pueden organizar de maneras más eficientes y los resultados mejorarán debido a su alta predictibilidad. En la medida en que estos procesos se mantengan junto con procesos no estandarizados, la variabilidad e incertidumbre de estos últimos afectará la predictibilidad de los procesos estandarizados.

Parece entonces que la estructura de la prestación de asistencia sanitaria está en la raíz de los problemas a los que se enfrentan la mayoría de los sistemas de asistencia sanitaria. Por ello, Christensen (2009) afirma que " la falta de innovación en el modelo comercial en la industria del cuidado de la salud, en muchos casos porque los reguladores no lo han permitido, es la razón por la que la asistencia médica es inaccesible ".

2.3.13 Modelo innovador de atención de salud

Para poder abordar el caso de las clínicas minoristas (*retail clinic*) y su modelo de innovación en la atención de salud, se hace necesario definir previamente: ¿cuáles son los tipos de modelos de negocio en el sector salud?, ¿qué es la atención primaria de la salud (APS)?

2.3.13.1 Tipos de modelos de negocio en el Sistema de Salud

Los autores (Hwang y Christensen, 2008) antes de describir sus propuestas de lo que se puede y debe hacer en el cuidado de la salud, plantean que los modelos de negocios se pueden clasificar en tres tipos: tiendas de soluciones, negocios de procesos de valor agregado y redes de usuarios facilitadas.

- **Tiendas de soluciones:** Son instituciones creadas para diagnosticar y resolver problemas no estructurados. Brindan valor fundamentalmente a través de expertos que aprovechan sus habilidades de resolución de problemas para diagnosticar la causa de problemas complicados y recomiendan soluciones, tiende a ser a medida de cada cliente, que a menudo está dispuesto a pagar precios muy altos a cambio. Por ejemplo, las firmas consultoras, agencias de publicidad, organizaciones de investigación y desarrollo, y muchas firmas de abogados emplean este tipo de modelo de negocio.
- **Empresas de procesos de valor agregado:** Estas empresas transforman los recursos, como personas, equipos, materias primas, energía y capital, en productos de mayor valor. El modelo está diseñado para hacer esto de manera repetitiva, de modo que las capacidades de la organización estén más integradas en sus procesos que en sus recursos. Se centran en la excelencia de los procesos, que pueden brindar servicios y productos de alta calidad de manera consistente a un costo menor (estandarizable). Por ejemplo, la venta al por menor (*retail*), los restaurantes, la fabricación de automóviles entre otros, de este tipo de modelo de negocio.
- **Facilitar redes de usuarios:** Son empresas en las que las mismas personas compran, venden, entregan y reciben cosas entre sí. Las empresas que entregan valor y ganan dinero son aquellas que facilitan el funcionamiento efectivo de la red y las transacciones de sus usuarios. Las compañías de seguros mutuos son negocios de la red de usuarios: los clientes depositan sus primas de seguros en un grupo colectivo y retiran sus reclamaciones. Las empresas de telecomunicaciones, que facilitan las llamadas y las transferencias de datos entre sus clientes, así como el sitio de subastas en línea eBay, las bolsas de valores y muchas actividades de los bancos, también son negocios de la red de usuarios.

2.3.13.2 La Atención Primaria de Salud

La problemática global de los servicios sanitarios ha adquirido dimensiones sociales y económicas críticas, caracterizándose por la sobresaturación de los sistemas, las deficiencias en cobertura, la calidad insuficiente de los servicios y el incremento descontrolado de sus costos.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se estableció como nivel fundamental de atención hace cuatro décadas durante la Conferencia de Alma Ata (Kazajistán, 1978). Según el MINSA (2011), esta se define como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, con fundamento científico y aceptación social, accesible a todos los individuos y familias mediante su participación activa y con un costo asumible para la comunidad y el país en cada fase de su desarrollo, dentro de un marco de autodeterminación".

Según la estrategia sanitaria de atención de salud (Vignolo, 2011) se estructura por niveles (ver Fig. 2.20), donde el primer nivel es el más cercano a la población, el del primer contacto. La organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

El **segundo nivel** opera como una instancia de referencia que complementa y profundiza la atención inicial, abordando casos de mayor complejidad en especialidades básicas como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que la resolución conjunta del primer y segundo nivel abarca hasta el 95% de las necesidades sanitarias de la población.

El **tercer nivel** está reservado para la atención de patologías de baja frecuencia pero alta complejidad, que demandan procedimientos de elevada especialización y el uso de tecnología médica avanzada. En este estrato se concentra la resolución de aproximadamente el 5% de los problemas de salud, correspondientes a los casos clínicos más especializados del sistema.

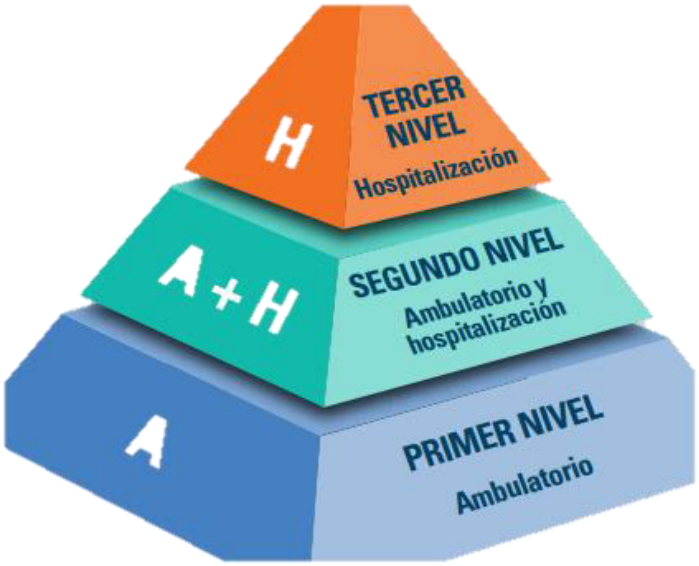


Fig. 2.22 **Niveles de Atención de Salud**

Fuente. Organización Panamericana de la Salud. (2018)

Los objetivos fundamentales que persigue la atención primaria de salud son:

1. Constituir el acceso inicial de la población al sistema sanitario.
2. Prevenir la saturación de los niveles asistenciales especializados mediante la resolución eficaz de problemas en el ámbito primario.
3. Abordar entre el 70% y 80% de las patologías prevalentes en la comunidad, derivando solo los casos restantes a niveles de mayor complejidad.
4. Optimizar los recursos sanitarios mediante la aplicación de técnicas sencillas y costo-eficaces para la solución de problemas de salud.

Los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan desafíos estructurales que requieren atención prioritaria. Entre los más críticos se encuentran: la formación y retención de suficiente personal calificado, la superación de la fragmentación institucional, la garantía de sostenibilidad financiera y el fortalecimiento de la gobernanza. Adicionalmente, se requiere modernizar los sistemas de información, reducir las brechas de equidad, expandir las coberturas asistenciales y desarrollar capacidad de respuesta ante el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica, todo ello orientado a fortalecer la capacidad resolutiva de los sistemas públicos de salud (Giraldo y Vélez, 2013).
Guillermo Alva (2018) menciona:

> “Como se sabe, el gasto de salud se incrementa y con el cambio poblacional no habrá presupuesto de salud que solvente los gastos. ¿Cuál es la alternativa? Darle prioridad a las actividades promocionales y preventivas en el primer nivel, tanto a actividades intramuros, dentro del establecimiento de salud y extramurales, domicilio, lugar de trabajo, comunidad. Esta estrategia es costo -eficiente y se podría lograr al reducir los tiempos de espera para obtener una consulta, una radiografía o una cirugía. Así se soluciona el 80 % de los problemas de este nivel. Existen herramientas para lograrlo, la buena noticia es que es así”. (p.4)

En el Perú, las transformaciones del sistema sanitario han priorizado la actualización conceptual y operativa de la Atención Primaria de Salud (APS), posicionándola como eje estructural del modelo asistencial. Un análisis del MINSA (2011) sobre la reforma sectorial subraya que el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención se fundamenta en su capacidad para proporcionar atención integral, coordinada y continua. El documento estima que este nivel podría resolver entre el 70% y 80% de las necesidades sanitarias básicas más recurrentes. Para alcanzar este potencial, se identifica como requisito fundamental el mejoramiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos

del primer nivel, acompañado de una reestructuración del modelo de atención, los sistemas de gestión y los mecanismos de financiamiento.

2.3.13.3 El modelo de negocios innovador disruptivo de las clínicas minoristas (Retail clinic)

Dentro de la categoría de Modelos de Negocio de "Valor Agregado" (ver sección 2.3.10.1 de esta tesis), las Clínicas Minoristas (*retail clinics*) emergen como un ejemplo paradigmático de innovación disruptiva en el sector salud. Para pacientes que requieren servicios básicos como tratamientos para afecciones leves, vacunación rutinaria o chequeos de detección, estas clínicas representan una alternativa accesible, económica y conveniente frente a las consultas médicas tradicionales o los servicios de urgencia (Jensen, 2017).

Como señalan Bachrach et al. (2015, p. 4), "las clínicas minoristas están cubriendo importantes vacíos en nuestro sistema de salud, atendiendo a consumidores sin seguro o con coberturas insuficientes; a familias que requieren atención inmediata durante fines de semana y horarios nocturnos; y a empleadores, sistemas de salud y aseguradoras que buscan reducir costos en la atención de condiciones de baja complejidad".

El modelo estratégico de estas clínicas se fundamenta en varios principios clave: operación de bajo costo, atención ágil al paciente, dotación de personal mínima y sistemas de información propios que facilitan el acceso a protocolos estandarizados y el registro de datos clínicos. Esta estructura permite ofrecer una carpa limitada de procedimientos no invasivos que requieren equipamiento mínimo, generalmente en espacios físicos reducidos. Según Garzón *et al.* (2014), estas características permiten contener significativamente los costos operativos mientras se amplía la cobertura a una gran cantidad de usuarios que buscan servicios de atención primaria.

Originadas en Estados Unidos hace dos décadas, estas clínicas se han consolidado como un componente estable del panorama sanitario, registrando

actualmente 10,5 millones de visitas anuales en más de 1.801 establecimientos distribuidos en 44 estados (Witowski, 2023; Ficery, 2015). Su impacto económico es igualmente notable: el mercado de clínicas minoristas fue valorado en 2.710 millones de dólares en 2022, con proyecciones de crecimiento desde 2.790 millones en 2023 hasta 6.360 millones en 2030 (Fortune Business Insights, 2023). Este crecimiento exponencial ha atraído a diversos actores, desde inversionistas privados independientes y cadenas farmacéuticas hasta hospitales y clínicas que están desarrollando sus propias redes de clínicas minoristas.

Witowski (2023), resalta entre otros, que atención más asequible a menores costos comparados a otros servicios de atención médica.

CARGO PROMEDIO POR RECLAMACIÓN POR DIAGNÓSTICOS COMUNES DE CLÍNICAS MINORISTAS

Descripción de la CIE-10	minorista clínica	centro de atención urgente	consultorio medico	hospital ambulat
Encuentro para inmunización	$104	$154	$241	$379
Contacto y (sospecha) exposición a COVID-19	$86	$326	$467	$891
Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones	$160	$239	$367	$505
Se descarta contacto para observación por sospecha de exposición a otros agentes biológicos	$209	$296	$296	$442
Diabetes mellitus tipo 2 con hiperglucemia	$255	$263	$639	$1,325
Enfermedad renal crónica	$607	$424	$1,500	$1,967
Contacto para tamizaje de tuberculosis respiratoria	$52	$154	$149	$388
COVID-19	$205	$348	$2,135	$2,072
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	$491	$287	$883	$978
Faringitis aguda, no especificada	$251	$308	$456	$929

23Fig. 2.23 **Niveles de Atención de Salud**

Fuente. Tomado de: Witowski, N. (2023).

Y entre las razones para elegir una clínica minorista son los horarios y que no es necesario concertar una cita

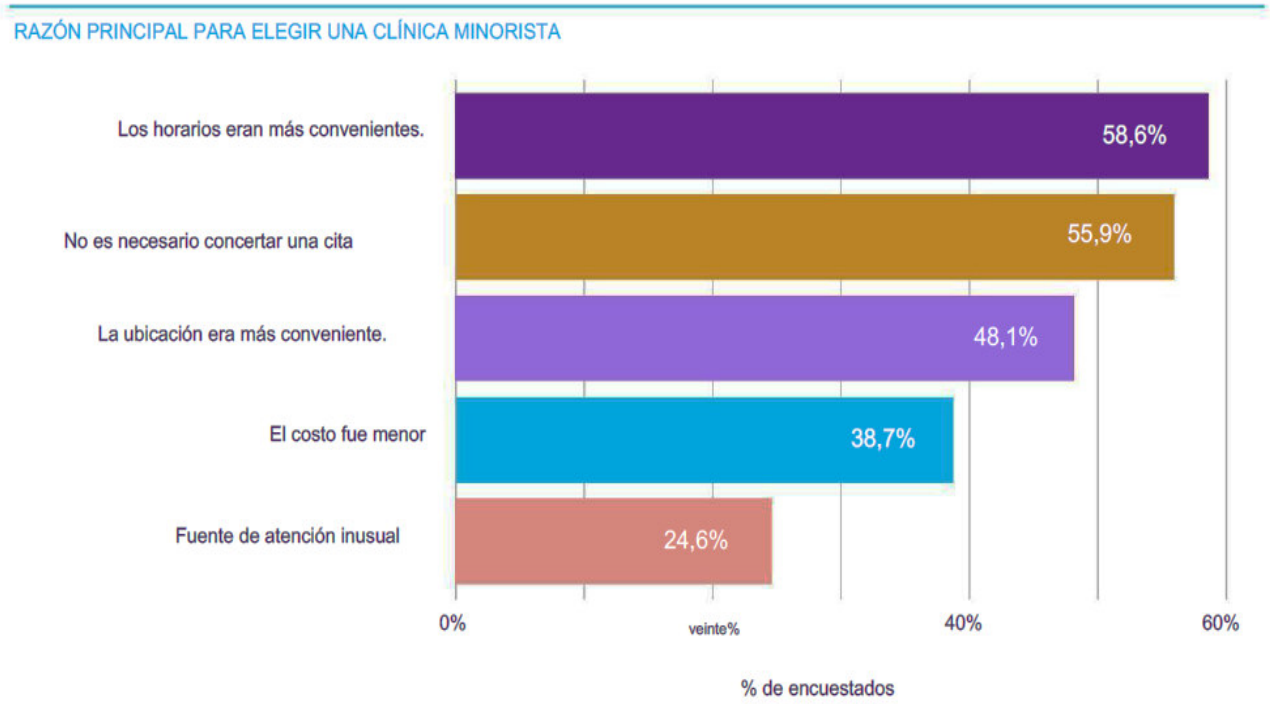


Fig. 2.24 **Razón principal para elegir una clínica minorista**

Fuente. Tomado de: Witowski, N. (2023).

De hecho, el 79% de los consumidores de clínicas minoristas califican sus experiencias de atención médica minorista como mejores que sus experiencias en entornos de atención médica tradicionales. La conveniencia y actividades centradas en el consumidor que ofrecen, junto con los avances de la tecnología de salud digital, una regulación adecuada y la práctica de protocolos médicos, en última instancia transformará la prestación de atención médica en los EE. UU. (Haririan, S., 2023).

De acuerdo con una investigación de Accenture (Ficery, 2015), la creciente relevancia y mejora en la calidad de las clínicas minoristas dentro de los sistemas locales de salud estará sustentada por dos factores determinantes:

- La habilidad de estas clínicas para establecer alianzas estratégicas con los proveedores tradicionales de servicios médicos, como médicos independientes y hospitales.
- La implementación y uso eficiente de tecnologías de información que faciliten la interoperabilidad y el intercambio de datos con los sistemas de historiales médicos electrónicos de los proveedores de salud.

Fottler M, Malvey D. (2010) señalan:

> “El impacto de los minoristas es muy significativo. Han creado costos más bajos para todos los participantes, mayor acceso a la atención primaria y son un posible remedio a la escasez de médicos de atención primaria. Por estas razones, la revolución minorista se puede clasificar como una innovación disruptiva importante. Las clínicas minoristas no son una moda pasajera. Son una tendencia impulsada por consumidores que buscan más valor. Están continuamente evolucionando a medida que adoptan nuevas formas que responden a las presiones del mercado local. También responden a las preocupaciones de empleadores y aseguradores por reducir los costos de atención médica. (p. 229).

En otra investigación sobre el impacto del *retail clinic,* Kaissi (2016) menciona:

> “Las clínicas minoristas representan una innovación importante con una propuesta de valor radical en la atención médica estadounidense… La evidencia de la investigación sugiere que las clínicas minoristas representan una alternativa conveniente, de alta calidad y de bajo costo a los consultorios médicos de atención primaria tradicionales y las salas de emergencia de los hospitales. Dado su crecimiento reciente y las estrategias para abordar directamente los problemas que rodean la conveniencia de la atención, constituyen una forma de innovación en la atención de la salud”. (p.47)

Este modelo de atención sanitaria innovador se fundamenta en la instalación estratégica de establecimientos en zonas de alta concentración poblacional, con

horarios extendidos de funcionamiento y facilidades de acceso, diseñados como espacios visualmente destacados y atractivos para captar a usuarios que buscan servicios médicos inmediatos, accesibles, confiables y con una experiencia positiva. Estas clínicas se especializan en el manejo de afecciones médicas de baja complejidad como faringoamigdalitis, otitis o infecciones urinarias no complicadas; igualmente proporcionan orientación sobre el control de patologías crónicas establecidas como hipertensión, diabetes y obesidad, además de realizar diagnósticos rápidos mediante pruebas de embarazo, glucometrías, coagulación y programas de inmunización, todo ello bajo protocolos y guías clínicas validadas por la comunidad científica (Garzón, Dueñas et al., 2014).

Las clínicas minoristas (*retail clinics*) se definen por las siguientes características distintivas:

- Funcionan como establecimientos de atención ambulatoria especializados en servicios básicos de *screening*, diagnóstico y tratamiento.
- Presentan una infraestructura de reducidas dimensiones que minimiza costos, ubicándose estratégicamente en centros comerciales, aeropuertos o anexas a farmacias, con dotación de médicos familiares, enfermeras o personal auxiliar.
- Ofrecen una experiencia médica económica, accesible, ágil, confiable y satisfactoria para el usuario.
- Operan mediante protocolos estrictos establecidos por equipos médicos calificados.
- Se especializan en patologías de manejo estandarizado, utilizando para el diagnóstico algoritmos predefinidos, guías de práctica clínica y evidencia científica validada.
- Mantienen horarios de atención extensos y flexibles.
- Implementan políticas de transparencia tarifaria, exhibiendo públicamente los precios de tratamientos.

Inicialmente focalizadas en condiciones médicas elementales, estas clínicas han expandido progresivamente su cartera de servicios hacia áreas como consultoría

en manejo de enfermedades crónicas, pruebas diagnósticas rápidas, programas de vacunación y procedimientos de baja complejidad.

Sin embargo, la presencia y crecimiento de las clínicas minoristas han generado controversia. Los grupos de proveedores médicos, como la Asociación Médica Estadounidense (AMA), han expresado su preocupación sobre los problemas de calidad de la atención, incluida la sobre prescripción de antibióticos, la pérdida de oportunidades de atención preventiva y la interrupción de las relaciones existentes entre el paciente y el médico.

Por el contrario, los defensores del modelo de clínica minorista han señalado sus beneficios potenciales: las clínicas minoristas pueden funcionar como un proveedor para pacientes de bajos ingresos y podrían ofrecer una alternativa menos costosa para pacientes que de otra manera acudirían a las salas de emergencia congestionando el sistema de salud. Al reemplazar las visitas a las salas de emergencia más costosas, la esperanza es que las clínicas minoristas puedan disminuir el gasto en atención médica (Scott, 2016).

En síntesis, las organizaciones de prestación de servicios tradicionales, como hospitales y consultorios médicos, representan el entorno predominante donde los médicos altamente capacitados diagnostican y tratan problemas complejos utilizando tecnologías costosas. Sin embargo, con la introducción de clínicas minoristas por parte de minoristas, empresas propiedad de inversores y empresarios, estos modelos han presentado una innovación disruptiva al utilizar procesos repetitivos que agregan valor para tratar condiciones sencillas en entornos convenientes y menos costosos. 47 Inicialmente, se atrajeron clientes menos exigentes, incluidos aquellos que no tenían una relación establecida con un proveedor de atención médica. Pero con el tiempo, más clientes de alto nivel que valoran el acceso fácil y la comodidad comenzaron a usar las clínicas. Cada vez más pacientes ahora ven las clínicas minoristas como una alternativa

preferida para satisfacer sus necesidades para afecciones menores (Kaissi,2016).

2.3.13.4 Clínicas Minoristas en Latinoamérica y el Perú

Un referente emblemático de negocio disruptivo en el sector salud lo constituye la cadena mexicana Farmacias Similares. La Harvard Business School (Chu, 2007), en su estudio sobre emprendimientos en la base de la pirámide, destaca cómo su modelo de negocio se sustenta en la comercialización de medicamentos genéricos con descuentos que oscilan entre 30% y 70% respecto a los precios convencionales.

La estrategia integra consultorios médicos adyacentes a cada farmacia, donde la consulta tiene un costo de US$2.00 y los tiempos de espera no superan los 15 minutos. Según Celis (2016), el éxito de este modelo se evidencia en su expansión a más de 5,000 establecimientos en México y otros países latinoamericanos, alcanzando una participación de mercado del 35% y ventas aproximadas de 2,625 millones de dólares al cierre de 2015 (Euromonitor).

El mecanismo central de este modelo consiste en atraer consumidores mediante consultas médicas económicas, generando un flujo constante de clientes de bajos ingresos que posteriormente adquieren sus medicamentos en la misma sucursal (Celis, 2016); en otro estudio se destaca la innovación generada. actualmente, las farmacias ofrecen: consultas rápidas (entre 10 y 15 minutos de media en promedio) de bajo costo (entre 0 y 50 pesos) con un médico que está asociado a una farmacia que ofrece un nombre de marca (con precio normal). Y medicamentos genéricos (con precios económicos).

El modelo concebido inicialmente para la población de bajos ingresos migró efectivamente hacia arriba para servir a los segmentos del mercado de ingresos medios y altos. De la misma manera que el segmento de mercado de bajos ingresos, las clases media y alta también acuden a la farmacia para consultar a

un médico para tratar enfermedades no graves que no requieren hospitalización (Montoya Bayardo, M. Á., *et al* (2018).

En el contexto peruano han emergido propuestas de modelos de negocio disruptivos en el ámbito sanitario. El país presenta condiciones favorables para el desarrollo de innovaciones disruptivas de bajo costo en el sector salud, donde la significativa demanda insatisfecha y el creciente empoderamiento del consumidor crean oportunidades para este tipo de emprendimientos.

Un caso representativo lo constituyó la Cadena de Boticas Arcángel, que opera más de 100 centros médicos a nivel nacional. Su propuesta de valor se fundamenta en:

- Consultas médicas de bajo costo (desde S/ 10)
- Atención especializada en disciplinas como pediatría, dermatología y obstetricia (desde S/ 35)
- Comercialización de medicamentos de calidad a precios accesibles
- Desarrollo de campañas comunitarias de prevención y promoción de la salud

Según un estudio publicado en la Revista Semana Económica (Salazar, 2011), Arcángel representaba un caso singular al constituir no solo una cadena de farmacias, sino la red de servicios sanitarios privados más extensa del Perú durante ese periodo. La publicación destacaba: "Cuenta con aproximadamente 60 centros de salud a nivel nacional y 240 farmacias, generando sinergias que benefician directamente al consumidor. Frente a la limitada cobertura sanitaria existente, nuestro modelo de responsabilidad social empresarial facilita el acceso a consultas e historiales clínicos incluso en zonas remotas. Un segmento significativo de la población puede acceder a servicios de salud de calidad a través de nuestra red".

Sin embargo, hacia 2016 este emprendimiento discontinuó sus operaciones como consecuencia del proceso de consolidación del mercado farmacéutico

peruano. En el contexto de esta tendencia, acelerada durante el trienio previo, Arcángel fue inicialmente adquirida por la Corporación Quicorp (Química Suiza) y posteriormente por el conglomerado Intercorp. Esta transacción resultó en la formación de una cadena dominante con más de 2000 puntos de venta, lo que determinó la descontinuación de sus clínicas minoristas.

Probablemente, esta discontinuidad, se explica en concordancia con lo afirmado por Hwang y Christensen (2008), con el tiempo, un modelo de negocio establecido comienza a determinar los tipos de propuestas de valor que una organización puede y no puede entregar. Y está determinado que solo las propuestas de valor que se ajustan a los recursos, procesos y fórmulas de beneficios existentes de la organización ya consolidados pueden ser exitosamente llevados al mercado. Es decir, si surge un nuevo modelo de negocios nuevo o adquirido, aunque sea disruptivo pero que no se ajusta al modelo de negocios vigente, difícilmente es tomado en cuenta.

Otro modelo disruptivo es el caso de SISOL (Hospitales de la Solidaridad), no constituyen clínicas minoristas, sino más bien hospitales de atención ambulatorios.

En este escenario sanitario fragmentado, SISOL introduce un modelo innovador de primer nivel que incorpora médicos especialistas y sistemas de triaje interno, modernizando sustancialmente el concepto tradicional de atención primaria y adaptándolo al contexto urbano. Esta reconfiguración explica en gran medida la agilidad en la prestación de servicios y su alta correspondencia con las expectativas de los usuarios.

Según datos de Arroyo y Pastor (2012), las principales razones de preferencia por SISOL incluyen: proximidad geográfica (37.7%), rapidez en la atención (15.8%), recomendaciones de otros usuarios (14.4%) y calidad del trato (12.7%). La relevancia cuantitativa del modelo se confirma al haber captado el 28% de las atenciones médicas en Lima durante sus primeros ocho años de funcionamiento,

demostrando su capacidad para absorber significativos volúmenes de demanda insatisfecha.

El estudio concluye que SISOL demostró resultados positivos en múltiples dimensiones: crecimiento sostenido de la demanda atendida en el ámbito limeño, elevada productividad en la ratio de consultas por profesional de la salud, y altos niveles de satisfacción usuaria. Los investigadores destacan que este modelo representa una innovación sanitaria que emergió desde fuera de las estructuras institucionales tradicionales, las cuales suelen presentar resistencia al cambio (Arroyo & Pastor, 2012).

2.3.14 Las tendencias en salud: el nuevo paradigma centrado en el usuario

Gustafson y Koff (2010), analizan las tendencias en el campo de la salud y señalan que en la actualidad las personas viven más tiempo debido a los avances en los tratamientos médicos, la vacunación, alimentos más seguros y nutritivos, y mejoras en general en el estándar de vida.

El estudio concluye que SISOL demostró resultados positivos en múltiples dimensiones: crecimiento sostenido de la demanda atendida en el ámbito limeño, elevada productividad en la ratio de consultas por profesional de la salud, y altos niveles de satisfacción usuaria. Los investigadores destacan que este modelo representa una innovación sanitaria que emergió desde fuera de las estructuras institucionales tradicionales, las cuales suelen presentar resistencia al cambio (Arroyo & Pastor, 2012). A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) informó:

- Aproximadamente 1,600 millones de adultos (edad ≥15 años) presentaban sobrepeso
- Como mínimo 400 millones de adultos se encontraban en condición de obesidad
- Al menos 20 millones de niños menores de 5 años registraban sobrepeso

La OMS proyectaba que para el año 2015, alrededor de 2,300 millones de adultos

La OMS (2008), en su reporte de estadísticas de salud señala:

- Envejecimiento de la población. De 2000 a 2050, el número de personas en el planeta de 60 años o más se triplicará de 600 millones a 2 mil millones.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas en niños y adultos. Se espera que la diabetes para todos los grupos de edad en todo el mundo aumente de 2.8 por ciento en 2000 a 4.4 por ciento para 2030.
- Para 2030, las enfermedades crónicas, no las enfermedades infecciosas, serán la principal causa de muerte a nivel mundial.
- Aumento de los gastos sanitarios. Durante casi 50 años, el gasto ha crecido en dos puntos porcentuales por encima del crecimiento del PIB en todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) Como resultado, la atención médica se ha convertido en una parte mucho mayor de la mayoría de estas economías. Está destinado a hacerse aún más grande. Si las tendencias actuales persisten hasta 2050, la mayoría de la OCDE, los países gastarán más de una quinta parte del PIB en atención médica. (Drouin, *et al.,*2008).
-

La mayor esperanza de vida y el sedentarismo en la gente a nivel mundial está experimentando más enfermedades crónicas y esto conlleva un mayor uso de recursos sanitarios y elevación de costo sanitario, lo que resulta en un sistema de salud que está siendo aplastado por el peso de sus problemas.

El hecho simple es que la atención médica necesita cambios radicales, significativos para abordar sus principales problemas. Gustafson y Koff (2010) indican que el factor disruptivo es el uso de las tecnologías en salud, y que eso aunado a otros factores harán que en el futuro se tendrá un enfoque más orientado al bienestar (preventivo) y luego la atención, esto señalan cambia el equilibrio de reactivo a proactivo, y amplía el servicio continuo de atención médica

más allá del diagnóstico y el tratamiento para incluir el monitoreo del bienestar, la prevención y la detección temprana de enfermedades.

Este es un cambio significativo con respecto al modelo de atención centrada en el médico cuya tendencia es que se centrará cada vez más en el propio usuario/paciente.
El modelo se basa en la tecnología para poner el conocimiento y el asesoramiento médico, una vez que fue competencia exclusiva de los médicos, en manos de los pacientes para monitorear proactivamente la salud y el bienestar. Las tecnologías también cambian las interacciones entre los clínicos y los pacientes a través de las comunidades en línea de pacientes y médicos y los proveedores virtuales, y potencian cambios en sus funciones. El éxito de este modelo depende fundamentalmente de los cambios de comportamiento, educación, proceso y pago.

Gustafson y Koff (2010) identifican cinco tendencias principales que cambiarán la atención médica, todas habilitadas por estas tecnologías emergentes:

- E-Power para el paciente: los pacientes gracias a la disposición de nuevos aplicativos inteligentes y disponibilidad de información se encargarán ellos mismos de la gestión de su atención diariamente, marcados por la "atención compartida" entre el paciente y el médico y un sistema de apoyo que fomenta y monitorea el progreso.
- Detección temprana: la aceleración del diagnóstico temprano es crucial, las tecnologías de apoyo abarcan desde pruebas de laboratorio sencillas y económicas hasta pruebas genéticas.
- Tratamientos de alta tecnología: las soluciones pueden mejorar la atención y la calidad de vida a largo plazo. Los implantes e ingeribles de próxima generación utilizan una serie de tecnologías para monitorear el progreso de la enfermedad, dispensar medicamentos y ayudar y reemplazar órganos y miembros que funcionan mal.

- Recursos: Los roles y los recursos de los proveedores de atención están más disponibles a través de las tecnologías remotas y las comunidades en línea, tanto para la atención / consulta como para la enseñanza / capacitación.
- Aparece un ecosistema de salud global: un rico ecosistema, armado con un tesoro de datos y conocimientos, apoya la atención conectada y las colaboraciones de investigación para avanzar en la identificación y el tratamiento de la enfermedad.

En conjunto, los esfuerzos y las tecnologías descritas en estas tendencias están moviendo el sistema de salud desde una perspectiva de cuidado y salud hacia la salud y el bienestar, involucrando más recursos y aprovechando una gran cantidad de datos y conocimiento para mejorar la salud y la investigación (Chakraborty, I., Ilavarasan, P. V., & Edirippulige, S., 2023).

2.4 Marco conceptual

2.4.1 Innovación Disruptiva

Un proceso de innovación en el que las tecnologías, productos o servicios son inicialmente inferiores a los proporcionados por los titulares en los atributos que los consumidores principales valoran, pero estas pueden atraer y satisfacer a los consumidores en mercados nuevos o de gama baja con ventajas en los atributos de rendimiento que estos consumidores valoran pero que al mismo tiempo son ignorados por los mercados principales, con el tiempo, a través de la mejora incremental de la tecnología o el proceso, una innovación disruptiva satisface gradualmente las necesidades de la corriente principal de consumidores, con el fin de obtener cierta cuota de mercado o incluso sustituir a los operadores tradicionales en los mercados principales (Si, S., & Chen, H. , 2020).

Clayton M. Christensen, Mark W. Johnson y Darrell K. Rigby (2002), proponen una prueba de tornasol (fuego) para determinar si la innovación es disruptiva, la primera fase para determinar si la disrupción crea un mercado nuevo y la segunda fase para determinar si acaso es un mercado de baja gama.

Primera fase: en caso de creación de un nuevo mercado como base para la disrupción

- Prueba 1: ¿La innovación se dirige a clientes que en el pasado no han podido "hacerlo ellos mismos" por falta de dinero o habilidades?
- Prueba 2: ¿La innovación está dirigida a clientes que darán la bienvenida a un producto simple?
- Prueba 3: ¿Ayudará la innovación a los clientes a hacer más fácil y eficazmente lo que ya están intentando hacer?

Segunda fase: en caso de interrumpir el modelo de negocio desde el nivel más bajo

- Prueba 1: ¿Son los productos predominantes lo suficientemente buenos
- Prueba 2: ¿Puede crear un modelo de negocio diferente?

2.4.2 Satisfacción del usuario de Atención Primaria de Salud (APS)

La calidad percibida por los usuarios engloba las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en las que se prestan los servicios de salud (Szwako & Vera, 2018). Según Ninamango (2014), las dimensiones clave para medir la satisfacción en Atención Primaria de Salud son:

- **Fiabilidad**: Capacidad de la institución para proveer servicios precisos y consistentes
- **Capacidad de respuesta**: Disponibilidad para asistir a los usuarios y gestionar eficientemente los tiempos de atención
- **Seguridad**: Competencia técnica y credibilidad que generan confianza en los pacientes

- **Aspectos tangibles**: Apariencia y estado de instalaciones, equipamiento, personal e instrumentos
- **Empatía**: Accesibilidad, comunicación efectiva y atención personalizada que prioriza al paciente

El sector salud experimenta transformaciones continuas, caracterizadas por la emergencia de nuevas patologías, mayor exigencia de seguridad asistencial, y el enfoque centrado en la experiencia del paciente. Esto impulsa innovaciones en productos, procesos, organización e infraestructura de los servicios primarios, buscando desarrollar mecanismos más ágiles y efectivos que rompan con el modelo burocrático tradicional mediante servicios de proximidad y herramientas de garantía de calidad (Alarcón Aragón et al., 2020; Nogueira et al., 2013).

La paradoja fundamental reside en que los hospitales y los procesos diagnósticos son inherentemente costosos y complejos. La solución óptima, según Hwang & Christensen (2008), radica en identificar enfoques disruptivos que aborden eficientemente los problemas de salud sencillos -que constituyen la mayoría de las demandas- mediante modelos innovadores de prestación.

2.4.3 Consumerismo en Salud

Se observa una transformación significativa en el comportamiento del usuario de servicios de salud, que transita desde una actitud tradicionalmente pasiva y acrítica hacia un rol protagónico e informado. El consumidor contemporáneo demuestra mayor autonomía, ejerce sus derechos con plena conciencia y demanda activamente libertad de elección en las decisiones sobre su atención sanitaria.

El nuevo paradigma de la prestación de servicios de salud estará respaldado por disruptores tecnológicos, poseedores de grandes cantidades de datos y un conocimiento profundo del comportamiento de los pacientes -ahora consumidores- que desempeñarán un papel fundamental en la consumerización de la atención médica. El paciente, de hecho, está cada vez más asimilado a un

consumidor y las poderosas herramientas tecnológicas de la revolución industrial apoyarán este proceso de transición hacia un modelo centrado en el consumidor (Schiavone, 2021).

El *consumerismo* en salud representa un cambio paradigmático en la dinámica paciente-sistema sanitario, caracterizado por el ejercicio consciente de la autonomía del individuo y el reconocimiento institucional de sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas. Este fenómeno redefine tanto la forma como el fondo de la práctica médica, al transferir progresivamente el poder decisional desde el médico hacia el paciente.
La transformación radical yace en la autopercepción del individuo como protagonista de su trayectoria de salud, apoyado en un acceso sin precedentes a información y tecnologías disruptivas. Este empoderamiento conlleva demandas crecientes hacia servicios sanitarios que prioricen la calidad, la personalización y la transparencia (Priego-Álvarez, 2005; Aaker & Day, 1982; Topol, 2015; Parish, 2015).

El consumidor de salud empoderado es una variable que impacta y exige innovaciones en el sistema de salud y la creación de nuevos modelos de negocios (Herzlinger, R. E., 2004).

2.4.4 Potencial mercado nuevo (new market) para la innovación disruptiva

Los innovadores disruptivos generan mercados completamente nuevos al desarrollar mecanismos que transforman a no consumidores en consumidores activos. Este fenómeno surge cuando las soluciones existentes presentan barreras de acceso que restringen la base potencial de usuarios o imponen modalidades de consumo centralizadas y poco convenientes. La disrupción se materializa así mediante propuestas que introducen alternativas inexistentes, democratizando el acceso a bienes o servicios que anteriormente resultaban inalcanzables para amplios segmentos de la población (Christensen, Raynor & McDonald, 2015).

La detección de necesidades latentes y el desarrollo de soluciones innovadoras para mercados no explorados constituye el fundamento de la tecnología disruptiva. La capacidad de capitalizar nuevas ideas e innovaciones permite no solo generar mercados completamente nuevos de consumidores, sino también establecer plataformas de crecimiento estratégico para empresas que buscan expansión market (Zentner, 2015).

La innovación disruptiva puede generar nueva demanda de mercado de varias maneras: Haciendo que los productos o servicios sean más asequibles: Al reducir los costos y precios, las innovaciones disruptivas pueden hacer que los productos o servicios sean accesibles a un público más amplio. Simplificando el uso: Las innovaciones disruptivas a menudo son más fáciles de usar que las ofertas tradicionales, lo que atrae a nuevos clientes que antes no podían o no querían usar esos productos o servicios. Atendiendo a nichos de mercado desatendidos: Las innovaciones disruptivas pueden dirigirse a nichos de mercado que las empresas establecidas han ignorado, creando así nuevos mercados. Revelando necesidades latentes: Al ofrecer soluciones nuevas y diferentes, las innovaciones disruptivas pueden revelar necesidades que los clientes no sabían que tenían (Christensen, C. M., & Raynor, M. E., 2003).

2.4.5 Potencial mercado de gama baja para la innovación disruptiva

Las innovaciones disruptivas de gama baja se dirigen específicamente a los segmentos menos demandantes de mercados establecidos, ofreciendo propuestas más económicas, aunque con especificaciones técnicas inferiores a las soluciones predominantes. Esta estrategia de penetración comienza en la base del mercado, donde los clientes priorizan la relación costo-utilidad sobre el máximo desempeño, para posteriormente ascender hacia segmentos más exigentes mediante mejoras progresivas en el producto (Ho, 2021).

Como señalan Christensen et al. (2015, p. 4), este segmento inferior "abre la puerta para que ingrese al mercado una empresa disruptiva que se focaliza

inicialmente en proporcionar un producto lo suficientemente bueno" para clientes con necesidades básicas. La ventaja competitiva inicial radica precisamente en la estructura de precios, atrayendo primero a "los segmentos más sensibles al precio" (Govindarajan & Kopalle, 2006, p. 12) antes de competir en otros atributos valorados por el mercado principal.

La innovación disruptiva puede generar mercado de baja gama de varias maneras: Ofreciendo productos o servicios más asequibles: Al reducir los costos y precios, las innovaciones disruptivas pueden hacer que los productos o servicios sean accesibles a clientes de baja gama que antes no podían permitírselos. Simplificando el uso: Las innovaciones disruptivas a menudo son más fáciles de usar que las ofertas tradicionales, lo que atrae a clientes de baja gama que buscan soluciones sencillas y prácticas. Atendiendo a clientes sobre atendidos: Las empresas establecidas a menudo se enfocan en clientes de alta gama y ofrecen productos o servicios con características y funcionalidades que no son necesarias para los clientes de baja gama. Las innovaciones disruptivas pueden satisfacer las necesidades básicas de estos clientes a un precio más asequible **(**Christensen, C. M. ,1997; Christensen, C. M., & Raynor, M. E., 2003; Christensen, C. M., Johnson, M. W., & Rigotti, D., 2008).

2.4.6 Regulación que facilita el cambio disruptivo

La regulación gubernamental es uno de los principales impulsores de un mercado, ya que cambia sustancialmente la motivación y la capacidad de los entrantes y titulares. Una característica de los instrumentos legales es que el gobierno puede obligar a individuos u organizaciones a cumplir con un comportamiento prescrito bajo pena de sanciones (Huesig et al., 2014).

Es evidente que existe una relación positiva entre la regulación facilitadora y la viabilidad de la innovación (Aghion, P., Bergeaud, A., & Van Reenen, J., 2021) y la difícil situación de la regulación que tiene que adaptar los viejos marcos

regulatorios a las nuevas tecnologías y prácticas, o ser un obstáculo a la innovación (Cortez, 2014; Huesig et al., 2014).

La regulación respecto a la innovación disruptiva son una serie de reformas reglamentarias y nuevos estándares de la industria que facilitan o lubrican las interacciones entre los participantes en la nueva industria disruptiva. Las reglas determinan qué tipos de cambios están permitidos y cuáles no, la influencia de las instituciones, lo que permite y limita la creación conjunta de valor y la difusión de las prácticas de mercado (Christensen, et al., 2009; Heikkilä, et al., 2015; Curtis, 2006).

2.4.7 Tecnología Disruptiva en Salud

La tecnología disruptiva se puede definir como una tecnología sofisticada cuyo propósito es simplificar, hacer rutinaria la solución a problemas que antes requerían procesos no estructurados intuitivos para resolverlos (Christensen, et al., 2009).
Sainio (2004) al igual que otros autores refiere que la tecnología disruptiva, aporta una propuesta de valor diferente al mercado; el desarrollo del mercado parte de un nicho de mercado, pero se traslada rápidamente a los mercados principales, transformándolos y, por lo general, destruyendo las competencias de los actores tradicionales de la industria (Schiavone, F., & Ferretti, M.,2021; Gustafson y Koff, 2010; Heikkilä, M., et al., 2015; Singh, D. M. S., & Hanafi, N. B., 2019; Yadav, S. K., Singh, S., Vijay, T. S., & Singh, S. (2025).

Mas adelante (Christensen, et al., 2017), refiriéndose al campo de la salud, define las tecnologías disruptivas, como invención o innovación sofisticadas, y de bajo costo aplicadas a la salud, cuyo propósito es simplificar. Hace que un producto o servicio sea más asequible y accesible a una población más amplia.7

2.4.8 Modelo de Negocios Disruptivo Low-Cost

Los modelos de negocio que se centran en la reducción de las variedades de desempeño logran propuestas de valor suficientemente buenas. Un aspecto clave de estos modelos sencillos es la drástica reducción de la variedad de rendimiento relacionada con las propuestas de valor para atraer clientes de gama baja y obtener precios relativamente más bajos. Las propuestas de valor se centran en la oferta principal, reduciendo así los servicios adicionales mediante la simplificación. Los reductores del rendimiento se dan cuenta de la forma fundamental de las innovaciones disruptivas de bajo nivel. De este modo, incluso las propuestas de valor complejas se reducen al mínimo absoluto, lo que permite dirigirse a clientes marginales.

Los reductores de desempeño entregan sus propuestas de valor directamente a los clientes, eliminando así intermediarios y distribuidores. A través de procesos estandarizados, los reductores de rendimiento pueden construir relaciones directas y eficientes con los clientes. Debido a la reducción de la variedad de desempeño y la automatización de la entrega de valor, los clientes se benefician de barreras de acceso y uso relativamente bajas, lo que impulsa la adopción de estas propuestas de valor disruptivas.

Los modelos de negocio disruptivos low cost, un aspecto clave es la drástica reducción de la variedad de rendimiento relacionada con las propuestas de valor (PV) para atraer clientes de gama baja y obtener precios relativamente más bajos. Las PV se centran en la oferta principal, reduciendo así los servicios adicionales mediante la simplificación. A través de procesos estandarizados, construyen relaciones directas y eficientes con los clientes. Debido a esto los clientes se benefician de barreras de acceso y uso relativamente bajas, lo que impulsa la adopción de estas propuestas de valor disruptivas (Schmidt, A. L., & van der Sijde, P., 2022; Angeli, F., & Jaiswal, A. K., 2016; Kachaner, N., Lindgardt, Z., & Michael, D.,2011; Sarangdhar, V., Awate, S., & Mudambi, R., 2024).

El Modelo de Negocios Disruptivo se ha consolidado como un elemento fundamental para la sostenibilidad organizacional a largo plazo, al facilitar de manera significativa los procesos de creación, entrega y captura de valor. Esta capacidad es particularmente relevante para las PYMEs, ya que les permite identificar y capitalizar nuevas oportunidades de mercado (Yang et al., 2017; Evans et al., 2017).

La evidencia empírica demuestra que la innovación en modelos de negocio constituye un predictor determinante de la ventaja competitiva. Las organizaciones que logran diseñar e implementar estructuras comerciales innovadoras presentan mayor probabilidad de superar a sus competidores y alcanzar un crecimiento sostenible (Mejía-Trejo & Sánchez-Gutiérrez, 2014; Mitchell & Coles, 2003; Bekmezci, 2013).

Las clínicas minoristas (*retail clinic*) son innovaciones disruptivas de modelo de negocios de “valor agregado” según la clasificación de Hwang y Christensen (2008), (ver sección 2.3.9.1 de esta tesis).

Los principios estratégicos que definen el modelo de Clínica Minorista (*retail clinic*) se sustentan en cuatro pilares fundamentales: la optimización de costos operativos, la agilidad en la atención al paciente, una estructura de personal reducida y la implementación de sistemas de información integrados que facilitan tanto la consulta de protocolos estandarizados como el registro eficiente de datos clínicos. Esta configuración deliberadamente eficiente explica la oferta limitada de procedimientos que caracteriza a este tipo de establecimientos (Garzón et al., 2014).

Originalmente concebidas para abordar afecciones médicas de baja complejidad, estas clínicas han experimentado una notable evolución en su cartera de servicios. El modelo ha expandido su alcance hacia actividades de mayor valor agregado, incluyendo seguimiento de patologías crónicas, realización de pruebas diagnósticas inmediatas, programas de inmunización sistemática y ejecución de

intervenciones médicas sencillas, demostrando así su capacidad de adaptación a las necesidades crecientes del mercado.

2.4.9 Ventaja Competitiva

Se define como “el beneficio estratégico de una empresa sobre sus empresas rivales dentro de la industria, lo que permite tener un desempeño sobre competidores y empresas rivales” (Porter, 1980).

Una ventaja competitiva ocurre cuando una organización domina a sus competidores con una propuesta de valor superior , ocupa una posición única en el mercado basado en su capacidad para crear de manera eficiente y efectiva propuestas de valor óptimas para un segmento de mercado a través de la diferenciación de productos, alternativas de menor costo, satisfaciendo más rápidamente a sus clientes, creación de mercado, o mediante una combinación simbiótica de estos factores (Hunt, 2009; McGee, J., 2015; Jerab, D. & Mabrouk, T., 2023). Existe una relación positiva entre ventaja competitiva e innovación disruptiva porque esta última genera una propuesta de valor única más accesible y asequible (Chomvilailuk, R.,2016; Moriro, D. L.,2018).

2.4.10 Fuentes de Conocimiento Externa

La capacidad de las organizaciones para movilizar sus redes relacionales y absorber conocimiento tanto explícito como tácito de ecosistemas externos — incluyendo plataformas digitales— ejerce una influencia positiva en el desarrollo de innovaciones radicales. Existe una correlación directa entre la intensidad de la colaboración con universidades, centros de investigación, asociaciones sectoriales y los procesos de retroalimentación con proveedores y clientes, y la propensión de las PYMEs a involucrarse en procesos de innovación disruptiva (Chen et al., 2017; Christensen & Raynor, 2003; Von Hippel, 2005; Govindarajan, Kopalle & Danneels, 2011; Reinhardt & Gurtner, 2011; Zhu & Chen, 2012; Reinhardt & Gurtner, 2015).

CAPITULO III METODOLOGÍA

El análisis teórico mediante la revisión de información de tipo documental y profundización del tema se plantea las hipótesis del trabajo de investigación, con un marco hipotético de múltiples variables que impulsan la innovación disruptiva retail clinic y las variables sobre las cuales esta incide.

3.1 Hipótesis General (H1)

El Marco de Factores Habilitadores está relacionada significativamente con la "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic (N1)

3.2 Hipótesis Específicas:

- **Hipótesis H2 (H2):**
  La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" (N2)
- **Hipótesis H3 (H3):**
  La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Consumerismo en salud" (N3)
- **Hipótesis H4 (H4):**
  La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Generación de nueva demanda y de baja gama" (N4)
- **Hipótesis H5 (H5):**
  La variable "Regulación que facilita el cambio disruptivo" (N5), se relaciona

significativamente con la variable “Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)

- **Hipótesis H6 (H6):**

  La variable “Tecnologías disruptivas en salud” (N6), se relaciona significativamente con la variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)

- **Hipótesis H7 (H7):**

  La variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1) se relaciona significativamente con la variable “Ventaja Competitiva” (N7)

- **Hipótesis H8 (H8):**

  La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), influye significativamente en la variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)

- **Hipótesis H9 (H9):**

  La variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9), influye significativamente en la variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)

- **Hipótesis H10 (H10):**

  La variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9), influye significativamente en la variable “Ventaja competitiva” (N7)

- **Hipótesis H11 (H11)**

  La variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” (N5), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9).

- **Hipótesis H12 (H12)**

  La variable “Tecnologías disruptivas en salud” (N6) influye significativamente en la variable en la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9).

- **Hipótesis H13 (H13)**

La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9).

3.3 Identificación de Variables

VARIABLES DEPENDIENTES:

N1: Innovación Disruptiva “*Retail Clinic*”

N2: “Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud”

N3: “Consumerismo en salud”

N4: “Generación de mercado nueva demanda y de baja gama”

N7 “Ventaja Competitiva”

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Variables N2, N3, …que están interrelacionadas y forman parte del Marco de Factores Habilitadores

N5: “Regulación que facilita el cambio disruptivo”

N6: “Tecnologías disruptivas en salud”

N8 “Fuentes de conocimiento externa”

N9 “Modelo de negocio Low Cost”

3.4 Operacionalización de Variables

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variable	Función	Definición conceptual	Indicadores	Instrumento	Preguntas	Valor final	Escala de medición
1	Innovación Disruptiva *Retail clinic*	Variable Dependiente	Un proceso de innovación en el que las tecnologías, productos o servicios son inicialmente inferiores a los proporcionados por los titulares en los atributos que los consumidores principales valoran, pero estas pueden atraer y satisfacer a los consumidores en mercados nuevos o de gama baja con ventajas en los atributos de rendimiento que estos consumidores valoran pero que al mismo tiempo son ignorados por los mercados principales, con el tiempo, a través de la mejora incremental de la tecnología o el proceso, una innovación disruptiva satisface gradualmente las necesidades de la corriente principal de consumidores, con el fin de obtener cierta cuota de mercado o incluso sustituir a los operadores tradicionales en los mercados principales. Si, S., & Chen, H. (2020)	1.1 Nivel de conformidad con el nivel de servicio IDRC que tiene menos atributos que el servicio estándar, a cambio de un precio más bajo para solucionar sus necesidades esenciales de salud primaria, tanto personales como familiares. 1.2. Nivel de conformidad con el servicio IDRC propuesto es valorado por el segmento objetivo como viable, de mayor cercanía, rapidez de atención y accesible al usuario.	Encuesta	1.1. La "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*" atrae clientes que aceptan menos atributos a cambio de un precio más bajo para solucionar sus necesidades esenciales de salud primaria, tanto personales como familiares. 1.2 La “innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*” puede atraer clientes dispuestos a adquirir una propuesta innovadora viable, de mayor cercanía, rapidez de atención y accesible al usuario.	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)
2	Satisfacción del usuario de Atención Primaria de Salud	Variable Dependiente	Calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan (Szwako, A., & Vera, F., 2018). Dimensiones de la percepción de la Satisfacción del usuario de	2.1. Nivel de conformidad con el servicio de APS en los atributos de Fiabilidad y Capacidad de respuesta 2.2. Nivel de conformidad con el servicio de APS en	Encuesta	2.1 Usuarios insatisfechos con la fiabilidad y capacidad de respuesta limitada de la atención primaria actual son potenciales clientes para alternativas como la "Innovación	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta

			Atención Primaria de Salud - Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio ofrecido. - Capacidad de respuesta: disposición para proveer un servicio en relación al manejo del tiempo del paciente. - Seguridad: Competencia, credibilidad, que inspire confianza. - Aspectos tangibles: apariencia instalaciones, equipos, personal e instrumentos. - Empatía: Acceso fácil, la buena comunicación disposición atender al usuario. (Ninamango, 2014) (Alarcón Aragón, et al, 2020), (Nogueira, et al, 2013)	los atributos de Seguridad, Calidad y Empatía		*Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".* 2.2 Usuarios que perciben falta de empatía, seguridad y calidad de infraestructura en la atención primaria actual son potenciales clientes para la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic".*	en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	totalmente de acuerdo)
3	*Consumerismo* en salud	Variable Dependiente	Tendencia respecto al consumo en salud, el consumidor se encuentra más informado, empoderado, protagonista, se sabe tenedor de derechos y exige libertad de elección. Contrario a la actitud tradicional del paciente que adopta una posición consumista, acrítica e irreflexiva en la adquisición y un uso indiscriminado de productos de salud. La transición del poder del médico al paciente, se asume como protagonista su propia salud, más informado y con nuevas tecnologías disruptivas a su alcance, exige mejores servicios salud de calidad. (Priego-Álvarez, H., 2005; Aaker, D, Day, G., 1982; Topol, 2015; James M. Parish, 2015)	3.1 Nivel de conformidad con la tendencia a la aparición nuevo tipo de consumidor de salud 3.2 Nivel de conformidad con la existencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, que busca nuevas alternativas 3.3 Nivel de conformidad con la existencia un nuevo tipo de consumidor en salud, más amigable con las nuevas tecnologías y redes sociales para decidir sobre su salud.	Encuesta	3.1 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más empoderado, informado e independiente y que puede ser un potencial consumidor de la propuesta de "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic"* 3.2 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, que busca mayor protagonismo en el cuidado de su salud y que puede ser un potencial consumidor de la propuesta de "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*".	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)

						3.3 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más amigable con las nuevas tecnologías y redes sociales para informarse y decidir sobre su salud y que puede ser un potencial consumidor de la propuesta de "innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*"		
4	Mercado nueva demanda y de baja gama	Variable Dependiente	Las innovaciones disruptivas de nuevo mercado: Los disruptores crean un mercado donde no existía ninguno. Convierten a los no consumidores en consumidores. Ocurre cuando las características de los productos/ servicios existentes limitan el número de potenciales clientes o fuerzan que el consumo se realice de forma centralizada o con ciertos inconvenientes para el cliente. Por tanto, ocurre cuando se ofrece algo que no existía y que pone al alcance de muchos lo que antes era imposible. (Christensen, C.M., Raynor, M., McDonald, R.,2015) La identificación de demandas potenciales y la creación de nuevos productos y servicios para conseguir un nuevo mercado es la base sobre la que se sustenta la innovación disruptiva. Zentner, A. (2015).	4.1 Nivel de conformidad con la existencia potencial de nuevos consumidores o de baja gama a los servicios de APS, que pueden ser atraídos por la oferta de un *Retail clinic* 4.2 Nivel de conformidad con la existencia potencial de nuevos consumidores o de baja gama que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, que pueden ser atraídos por la oferta de un *Retail clinic*	Encuesta	4.1 Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la oferta de rapidez de atención de la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic" 4.2 Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la cercanía (ubicación) de la oferta "Innovación	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)

						Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".		
5	Regulación que facilita el cambio disruptivo	Variable Independiente	Serie de reformas reglamentarias y nuevos estándares de la industria que facilitan o lubrican las interacciones entre los participantes en la nueva industria disruptiva. Las reglas determinan qué tipos de cambios están permitidos y cuáles no, la influencia de las instituciones, lo que permite y limita la creación conjunta de valor y la difusión de las prácticas de mercado. (Christensen, *et al*., 2009; Heikkilä, *et al.,* 2015; Cortez, 2014; Curtis, 2006; Huesig, *et al*., 2014)	5.1 Nivel de conformidad con las regulaciones actuales son favorables a la innovación *retail clinic.* 5.2 Nivel de conformidad que el Estado brinda soporte para la innovación en el campo de la salud	Encuesta	E.1 Considera que las leyes, normas y regulaciones actuales no son favorables(facilitan); pero a su vez, no impiden la innovación en el campo de la salud y específicamente en la "Innovación E.2 Considera que las políticas y programas del Estado, son escasas y poco efectivas, para la innovación en el campo de la salud y específicamente en la atención primaria de salud y la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*".	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)
6	Tecnologías disruptivas en salud	Variable Independiente	Tecnologías disruptivas, invención o innovación sofisticadas, y de bajo costo aplicadas a la salud, cuyo propósito es simplificar. Hace que un producto o servicio sea más asequible y accesibles una población más amplia. (Christensen, 2017) (Christensen, et al; 2009; Sainio, 2004; Schiavi, 2018); Gustafson y Koff, 2010;; Heikkilä, M., et al., 2015; Dljeet Singh t, 2019)	6.1 Nivel de conformidad con la existencia de tecnologías de bajo costo que simplifican el servicio de salud 6.2 Nivel de conformidad que las nuevas tecnologías disruptivas en salud permiten que el servicio de salud sea más accesible y asequible a una población más amplia	Encuesta	6.1 Considera que las nuevas tecnologías en salud (de bajo costo) son favorables (facilitan) y ayudan a la reducción de costos de los procesos en salud y permiten la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*" 6.2 Considera que las nuevas tecnologías disruptivas en salud, permiten que el servicio de salud sea	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)

						más accesible y asequible a una población más amplia a través de la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*".		
7	Ventaja Competitiva	Variable Dependiente	Una ventaja competitiva ocurre cuando una organización domina a sus competidores con una propuesta de valor superior , ocupa una posición única en el mercado basado en su capacidad para crear de manera eficiente y efectiva propuestas de valor óptimas para un segmento de mercado a través de la diferenciación de productos, alternativas de menor costo, satisfaciendo más rápidamente a sus clientes, creación de mercado, o mediante una combinación simbiótica de estos factores (Hunt, 2000; Miles,2015)	7.1 Nivel de conformidad que la Innovación Disruptiva *retail clinic* propuesto tiene una diferenciación sostenible por su modelo comercial único y genera una ventaja competitiva 7.2 Nivel de conformidad que Innovación Disruptiva retail clinic propuesto puede desarrollar servicios a los que los clientes responden con altos índices de satisfacción por su accesibilidad y asequibilidad y contribuye a generar una ventaja competitiva.	Encuesta	7.1 Consideras que la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*", contribuye a lograr una diferenciación sostenible por su modelo comercial único y a generar una ventaja competitiva 7.2 Consideras que la "Innovación Disruptiva *Low Cost- Retail Clinic"* contribuye a desarrollar servicios con altos índices de satisfacción por su accesibilidad y asequibilidad y contribuye a generar una ventaja competitiva.	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)
8	Fuentes de conocimiento externa	Variable Independiente	El uso de su capacidad de red para adquirir conocimientos explícitos y tácitos de la organización a partir de redes sociales externas tiene un impacto positivo en la mejora de su innovación radical. Cuanto mayor sea el grado de cooperación con universidades y otras instituciones de investigación, asociaciones industriales y la	8.1 Nivel de conformidad que la cooperación con universidades e instituciones de investigación contribuye a la innovación de las Retail Clinic 8.3 Nivel de	Encuesta	8.1 Consideras que la cooperación profunda con universidades e instituciones de investigación es importante y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic"*	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo;	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta

			retroalimentación de proveedores y clientes, mayor será la probabilidad de que una PYME se dedique a la innovación disruptiva (Chen, 2017).	conformidad que la cooperación con los proveedores usuarios y clientes contribuye a la innovación de las Retail Clinic		8.2 Consideras que la cooperación con los proveedores, usuarios y clientes es importante y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic"*	4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	totalmente de acuerdo)
9	Modelo de Negocios de Bajo Costo (Low Cost)	Variable Independiente	Según Osterwalder y Pigneur (2010), modelo de negocio se define como una organización crea, captura y entrega valor tanto en el contexto económico como social y es parte fundamental de la estrategia. Christensen y Johnson (2009), detallan que un modelo de negocio consta de 4 elementos entrelazados e interdependientes que, en conjunto, crean y entregan valor (propuesta de valor, recursos, procesos claves y fórmulas de ganancias). Los modelos de negocio innovador de bajo costo entregan de manera rentable soluciones simplificadas a los clientes de manera que sean asequibles y convenientemente accesibles. Christensen, CM, Grossman, JH y Hwang, J. (2010) Modelos que desarrollan servicios más simples y baratos que permiten la participación de nuevos grupos de consumidores previamente excluidos de los mercados convencionales. Bhattacharyya et al., 2010	14.1 Nivel de conformidad que la Propuesta de Valor del Modelo de Negocios de bajo costo propuesto es única y diferencial y contribuye a la innovación d las R-C 14.2 Nivel de conformidad que tienen una estructura y procesos internos sencillos estandarizables y eficientes y contribuye a la innovación de las R-C 14.3 Nivel de conformidad que el modelo de negocios de bajo costo propuesto, tienen una fórmula de rentabilidad viable (márgenes bajos y alta rotación) y contribuye innovación de las R-C	Encuesta	14.1 Considera que la Propuesta de Valor del Modelo de Negocios de bajo costo propuesto es única y diferencial y contribuye a la "Innovación *Retail clinic* " 14.2 Considera que el Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, tienen una estructura y procesos internos sencillos estandarizables y eficientes y contribuye a la "Innovación *Retail clinic"* 14.3 Considera que el modelo de negocios de bajo costo propuesto, tienen una fórmula de rentabilidad viable (márgenes bajos y alta rotación) y contribuye a la "Innovación *Retail clinic* ".	1 = totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo	Ordinal (escala Likert, valores desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo)

3.5 Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	POB. Y MUESTRA
Pregunta General ¿Cómo influye el Marco de Factores Habilitadores en la Innovación Disruptiva de negocio, en el caso de una propuesta de *retail clinic* en el Perú? **Preguntas Específicas** - ¿Cuáles son las variables relevantes en el marco de factores relacionados con la innovación disruptiva en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre el marco de factores relacionados y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable	Objetivo General Identificar la influencia que tiene el marco de factores relacionados con la innovación disruptiva de una propuesta de clínica minorista *retail clinic* en el sector salud **Objetivos Específicos** - Identificar la relación que tiene la variable "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable "Consumerismo en salud" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable innovación disruptiva *retail clinic* y la variable "Generación de mercado (nueva demanda y de gama baja)"	**Hipótesis General (H1)** El Marco de Factores Habilitadores está relacionada significativamente con la "Innovación Disruptiva *Retail clinic* (N1) **Hipótesis Específicas:** **Hipótesis H2 (H2):** La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" (N2) **Hipótesis H3 (H3):** La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Consumerismo en salud" (N3) **Hipótesis H4 (H4):** La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Generación de	**VARIABLES DEPENDIENTES:** **N1:** Innovación Disruptiva "*Retail Clinic*" **N2**: "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" **N3**: "Consumerismo en salud" **N4**: "Generación de mercado nueva demanda y de baja gama" **N7** "Ventaja Competitiva" **VARIABLES INDEPENDIENTES:** Variables N2, N3, …que están interrelacionadas y forman parte del Marco de Factores Habilitadores	La investigación es de enfoque cuantitativo, método hipotético-deductivo y de alcance correlacional-causal. Diseño No experimental, transversal y del tipo correlacional. **Procedimiento de Investigación** I: Identificar las variables y análisis de datos alfa-Cronbach	**Población:** La población en estudio está constituida por expertos en gestión de clínicas y empresas del sector sanitario nacional ligadas al sector salud *Retail Clinic* . **Marco Muestreal** Listado de gestores y/o expertos

"Consumerismo en salud" y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable "Generación de mercado (nueva demanda y de baja gama) y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable "Regulación que facilita el cambio disruptivo" y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable "Tecnologías disruptivas en salud" y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica "Ventaja Competitiva" y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica "Fuentes de conocimiento externa" y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable	- Identificar la relación que tiene la variable "Regulación que facilita el cambio disruptivo" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable "Tecnologías disruptivas en salud" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable "Ventaja Competitiva" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable "Fuentes de conocimiento externa" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable "Modelo de negocio Low Cost" y la innovación disruptiva *retail clinic* - Identificar la relación que tiene la variable "Modelo de negocio Low Cost" y la variable "Ventaja Competitiva" - Identificar la relación que tiene la variable "Regulación que facilita el cambio disruptivo" y la variable "Modelo de negocio Low Cost"	nueva demanda y de baja gama" (N4) **Hipótesis H5 (H5):** La variable "Regulación que facilita el cambio disruptivo" (N5), se relaciona significativamente con la variable "Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) **Hipótesis H6 (H6):** La variable "Tecnologías disruptivas en salud" (N6), se relaciona significativamente con la variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) **Hipótesis H7 (H7):** La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Ventaja Competitiva" (N7) **Hipótesis H8 (H8):** La variable estratégica "Fuentes de conocimiento externa" (N8), influye significativamente en la variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) **Hipótesis H9 (H9):** La variable estratégica "Modelo de negocio Low Cost" (N9), influye significativamente en la variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1)	**N5**: "Regulación que facilita el cambio disruptivo" **N6**: "Tecnologías disruptivas en salud" **N8** "Fuentes de conocimiento externa" **N9** "Modelo de negocio Low Cost"	II. Establecer la relación entre variables Se realizará Análisis multivariante Ecuaciones estructurales técnica estadística de Modelización mediante la regresión de mínimos cuadrados parciales (PLS- Path Modeling Partial Least Square Regression). 	con experiencia en gestión relacionadas al sector salud de nivel atención primario y/o *retail clinic* . **Unidad de Muestreo /Unidad de Análisis** Gerente y/o Experto con más de 5 años de experiencia en gestión de salud y gestión de empresas ligadas al sector *Retail – Clinic*

estratégica “Modelo de negocio Low Cost” y la innovación disruptiva empresarial en el *retail clinic*? - ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” y la variable ventaja competitiva? - ¿Cuál es la relación entre la variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” y el “Modelo de negocio Low Cost”? - ¿Cuál es la relación entre la variable “Tecnologías disruptivas en salud” y el “Modelo de negocio Low Cost”? - ¿Cuál es la relación entre la variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” y el “Modelo de negocio Low Cost”?	- Identificar la relación entre la variable “Tecnologías disruptivas en salud” y la variable “Modelo de negocio Low Cost” - Identificar la relación entre la variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” y la variable “Modelo de negocio Low Cost”	**<u>Hipótesis H10 (H10)</u>:** La variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9), influye significativamente en la variable “Ventaja competitiva” (N7) **<u>Hipótesis H11 (H11)</u>** La variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” (N5), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9). **<u>Hipótesis H12 (H12)</u>** La variable “Tecnologías disruptivas en salud” (N6) influye significativamente en la variable en la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9). **<u>Hipótesis H13 (H13)</u>** La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9).

3.5 Modelo Propuesto "Marco de Factores habilitadores de la Innovación Disruptiva Retail Clinic"

De la revisión de antecedentes y el marco teórico se definieron las variables y las siguientes hipótesis (Ver tabla 3.1):

Tabla 3.1 Variables e hipótesis del modelo propuesto

Hipótesis General (H1)		
El Marco de Factores Habilitadores está relacionada significativamente con la "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic (N1)		
Hipótesis Específicas:		
Hipótesis H2 (H2)	La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" (N2),	La necesidad de innovación (productos, procesos, organización, infraestructura) de los servicios primarios de salud está relacionada con los bajos niveles de satisfacción de los usuarios, que exige desarrollar procesos más rápidos y efectivos de atención (Alarcón Aragón, et al, 2020; Nogueira, et al, 2013; Mishra, S., & Jain, K. (2025). Dada la complejidad y costo en salud, la solución correcta, es encontrar formas disruptivas en el campo de la salud, para dar solución a problemas sencillos, que son la mayoría (Hwang & Christensen, 2008; Liu, Z., Shi, Y., & Yang, B.,2022).
Hipótesis H3 (H3)	la variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Consumerismo en salud" (N3),	Tendencia respecto al consumo en salud, el consumidor se encuentra más empoderado. Se asume como protagonista de su propia salud, más informado y con nuevas tecnologías disruptivas a su alcance, exige mejores servicios salud de calidad. (Priego-Álvarez, H., 2005; Aaker, D, Day, G., 1982; Topol, 2015; James M. Parish, 2015). El consumidor de salud empoderado, informado y con acceso a tecnología, exige servicios de mayor calidad. Esta tendencia impacta el sistema de salud y se relaciona con la disrupción en modelos de negocio innovadores que se alinean con sus nuevas necesidades (Topol, 2015; Parish, 2015; Herzlinger, R. E., 2004; Hefner et al, 2020; Marx, E. W., & Padmanabhan, P. , 2020; Iriye, B. K., et al., 2022; Potluri, R. M., & Johnson, S., 2023).
Hipótesis H4 (H4)	La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Generación de nueva demanda y de baja gama" (N4)	Las innovaciones disruptivas crean un mercado donde no existía ninguno, convierten a los no consumidores en consumidores, cuando los productos/servicios existentes limitan, fuerzan o centralizan demasiado el consumo con inconvenientes para el cliente. La identificación de demandas potenciales y la creación de nuevos productos y servicios para conseguir un nuevo mercado es la base sobre la que se sustenta la

		innovación disruptiva. (Christensen, C.M., Raynor, M., McDonald, R.,2015; Zentner, A., 2015) Las innovaciones disruptivas de gama baja se orientan hacia los segmentos menos demandantes de un mercado preexistente, introduciendo propuestas más económicas, aunque de menor calidad respecto a las ofertas establecidas (Christensen, Raynor & McDonald, 2015). Este tipo de disrupción ingresa por los estratos inferiores del mercado y, mediante sucesivas mejoras en el desempeño del producto o servicio, progresa gradualmente hacia los segmentos principales (Ho, 2021; Govindarajan & Kopalle, 2006).
Hipótesis H5 (H5)	La variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” (N5), se relaciona significativamente con la variable “Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)	La regulación refiere a una serie de reformas reglamentarias y nuevos estándares de la industria que facilitan o lubrican las interacciones entre los participantes en la nueva industria disruptiva. Las reglas determinan qué tipos de cambios están permitidos, la influencia de las instituciones, lo que permite y limita la creación conjunta de valor y la difusión de las prácticas de mercado (Christensen et al., 2009; Heikkilä, et al., 2015; Curtis, 2006; Petzold, N., Landinez, L., & Baaken, T.,2019; Wafula, F., Onoka, C., Musiega, A., Nyikuri, M., Barasa, E., Munge, K., Okoth, P., & Tsofa, B., 2022).
Hipótesis H6 (H6)	La variable “Tecnologías disruptivas en salud” (N6), se relaciona significativamente con la variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)	Tecnologías disruptivas, como invención o innovación sofisticadas, y de bajo costo aplicadas a la salud, cuyo propósito es simplificar. Hace que un producto o servicio sea más asequible y accesible a una población más amplia y está en la base de la innovación disruptiva. (Christensen, et al., 2017; Gustafson y Koff, 2010; Heikkilä et al., 2015; Singh & Hanafi, 2019; Perleth, M., Di Bidino, R., Huang, L.-Y., Rogowski, W., Merlin, T., & Wild, C., 2022).).
Hipótesis H7 (H7)	La variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1) se relaciona significativamente con la variable “Ventaja Competitiva” (N7)	Ventaja competitiva cuando una organización domina a sus competidores, propuesta de valor superior, posición única en el mercado basado en sus propuestas de valor óptimas y diferenciadas, alternativas de menor costo, servicio a sus clientes, creación de mercado, o una combinación simbiótica de estos factores (Hunt, 2009; McGee & Sammut-Bonnici, 2015; Jerab, D., & Mabrouk, T., 2023). Existe una relación positiva entre ventaja competitiva e innovación disruptiva porque esta última genera una propuesta de valor única más accesible y asequible (Chomvilailuk, 2016; Moriro, 2018; Bashir, & Verma, 2017; Jerab, D., & Mabrouk, T.,2023; Malik, A., *et al.*, 2023).
Hipótesis H8 (H8)	La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), influye significativamente en la variable “Innovación	El uso de su capacidad de red para adquirir conocimientos explícitos y tácitos de la organización a partir de redes sociales externas tiene un impacto positivo en la mejora de su innovación radical. Cuanto mayor sea el grado de cooperación con universidades y otras instituciones de investigación,

	Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1)	asociaciones industriales y la retroalimentación de proveedores y clientes, mayor será la probabilidad de que una PYME se dedique a la innovación disruptiva (Chen et al., 2017; Govindarajan et al., 2011; Reinhardt & Gurtner, 2011; Zhu & Chen, 2012; Reinhardt y Gurtner 2015; Zhang, F., & Zhu, L. (2021; Yu, W., Dai, S., Liu, F. y Yang, Y., 2023; Selviaridis, K., & Spring, M., 2025).
Hipótesis H9 (H9)	La variable estratégica "Modelo de negocio Low Cost" (N9), influye significativamente en la variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1)	Los modelos de negocio disruptivos (MND) son transformaciones organizativas que usan las nuevas tecnologías, desarrollan nuevas formas de crear valor para el mercado, a través de un proceso de innovación. (Zott et al., 2010 ; Schiavi, G. S., Behr, A., & Marcolin, C. B.,2019). Los modelos de negocio disruptivos low cost, sus propuestas de valor se centran en la oferta principal, reduciendo así los servicios adicionales mediante la simplificación. A través de procesos estandarizados, construyen relaciones directas y eficientes con los clientes, estos se benefician de barreras de acceso y uso relativamente bajas, lo que impulsa la adopción de estas propuestas de valor disruptivas (Schmidt, A. L., & van der Sijde, P., 2022; Angeli, F., & Jaiswal, A. K., 2016; Kachaner, N., Lindgardt, Z., & Michael, D.,2011). El MND Low Cost juegan un papel fundamental en la innovación disruptiva, puede ser un factor catalizador para la innovación disruptiva al crear nuevos mercados, aumentar la accesibilidad, fomentar la eficiencia y promover la flexibilidad. (Christensen, C.M., Grossman J., Hwang J., 2009; Pereira, Imbrizi, Freitas, & Alvarenga, 2015).
Hipótesis H10 (H10)	La variable estratégica "Modelo de negocio Low Cost" (N14), influye significativamente en la variable "Ventaja competitiva" (N12)	El Modelo de Negocios Disruptivo (MND) se ha convertido en un factor clave para la sostenibilidad empresarial a largo plazo, ya que contribuye de manera significativa y positiva a la creación de valor, la entrega y la sostenibilidad, y ayuda a las PYME a aprovechar nuevas oportunidades (Yang et al., 2017; Evans et al., 2017). Se ha demostrado que el Modelo de Negocios Innovador es un predictor significativo de la ventaja competitiva. Las empresas que son capaces de diseñar y ejecutar modelos de negocio innovadores tienen más probabilidades de superar a sus competidores y lograr un éxito sostenible (Mejía-Trejo, J., & Sánchez-Gutiérrez, J., 2014; Mitchell y Coles, 2003; Bekmezci, M., 2013; Guo, Y., et al., 2022; Ferlito, R., & Faraci, R.,2022; Bataineh, M. J., Sánchez-Sellero, P., & Ayad, F.,2024).

Hipótesis H11 (H11)	La variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” (N5), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14).	La regulación empresarial (normas, estándares, reglas) impacta los modelos de negocio, exigiendo adaptación a cambios regulatorios; la dinámica regulatoria influye en sectores económicos y PYME mediante regulación y desregulación. (Nielsen, 2023; Waty et al., 2021; Glotko et al., 2020; Blind, K., et al., 2017).
Hipótesis H12 (H12)	La variable “Tecnologías disruptivas en salud” (N6) influye significativamente en la variable en la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14).	La disrupción tecnológica impulsa la innovación en modelos de negocio, reduciendo costos y creando ventajas para nuevos actores ágiles (Sainio, 2004, Bashir et al., 2018). Tecnologías disruptivas habilitan modelos innovadores de bajo costo (automatización, digitalización) y escalabilidad (plataformas digitales), impactando finanzas, manufactura, salud y logística (Kumar, 2020).
Hipótesis H13 (H13)	La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14).	El conocimiento externo es vital para la sostenibilidad del modelo low cost, impulsando un desempeño superior mediante su absorción efectiva. El acceso y uso eficaz de fuentes externas mejoran la innovación, eficiencia y competitividad, generando sinergias a través de la colaboración (Brunswicker & Vanhaverbeke, 2015; Livieratos, A. D., Tsekouras, G., Vanhaverbeke, W., & Angelakis, A., 2022; Avunduk *et al.*, 2023).

Se propone el presente marco de factores habilitadores de la innovación disruptiva *retail clinic*:

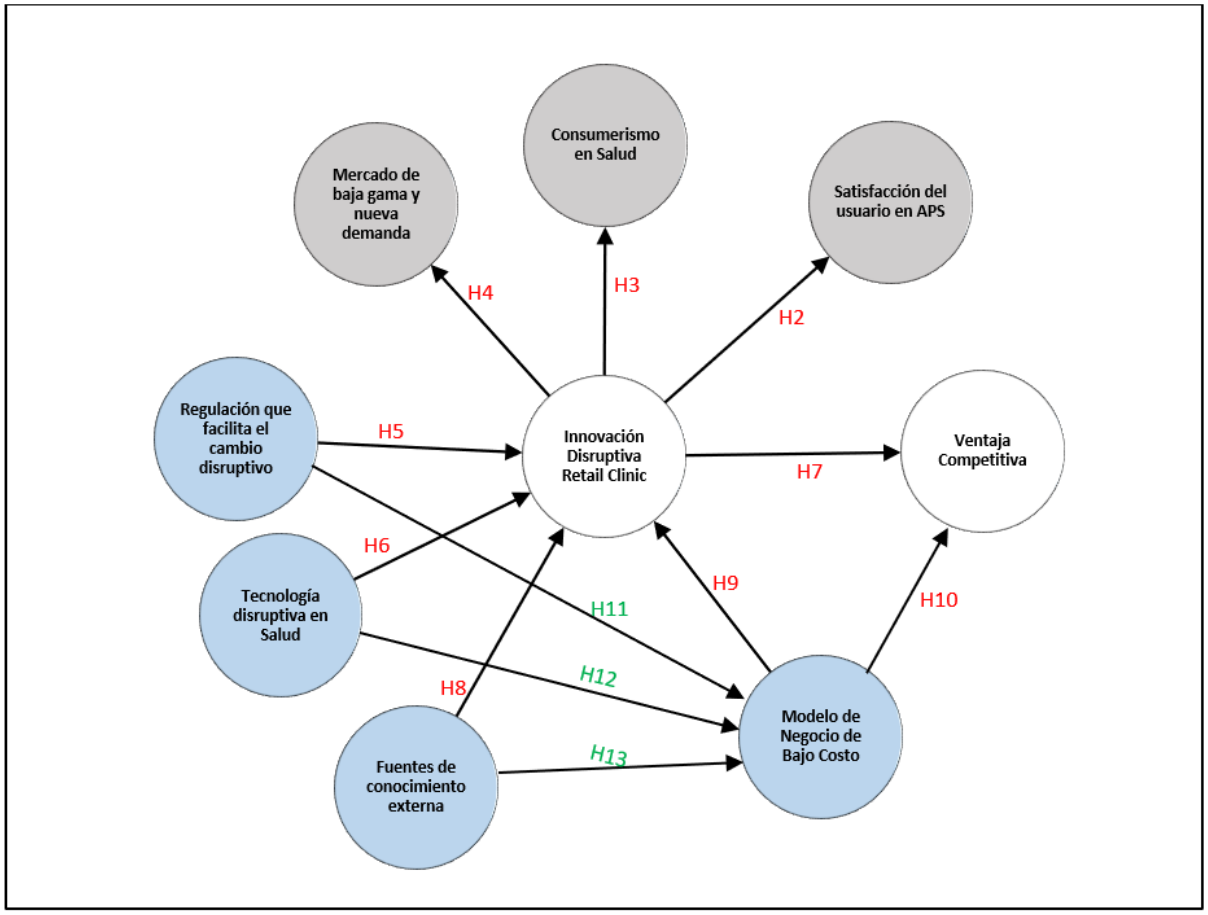


Figura 3.1 **Marco de Factores habilitadores de la Innovación Disruptiva *Retail Clinic***

Fuente. Elaboración propia

Este modelo será el motivo de validación y modelización determinando la influencia que tiene cada una de las variables en el desempeño disruptivo y sus relaciones.

3.6 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio adopta un enfoque cuantitativo, aplica el método hipotético-deductivo y posee un alcance de tipo correlacional-causal. Su diseño

metodológico se enmarca como no experimental, de corte transversal y de naturaleza correlacional (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Los diseños correlacionales-causales permiten identificar y analizar relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento específico. Dichas relaciones pueden expresarse en términos de asociación (correlación) o bien como vínculos de causa-efecto (causalidad). Este tipo de diseño puede aplicarse tanto a estructuras simples —con dos variables— como a modelos complejos (ver Figura 4.1), tal como se plantea en esta investigación, donde cada recuadro representa una variable o concepto bajo estudio.

En consecuencia, los diseños correlacionales-causales pueden circunscribirse a identificar asociaciones entre variables sin determinar direccionalidad causal, o bien pueden aspirar a examinar relaciones de causa-efecto. Cuando se limitan a conexiones no causales, se sustentan en formulaciones e hipótesis correlacionales; análogamente, cuando persiguen evaluar vínculos causales, se fundamentan en postulados e hipótesis de naturaleza causal (Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 157).

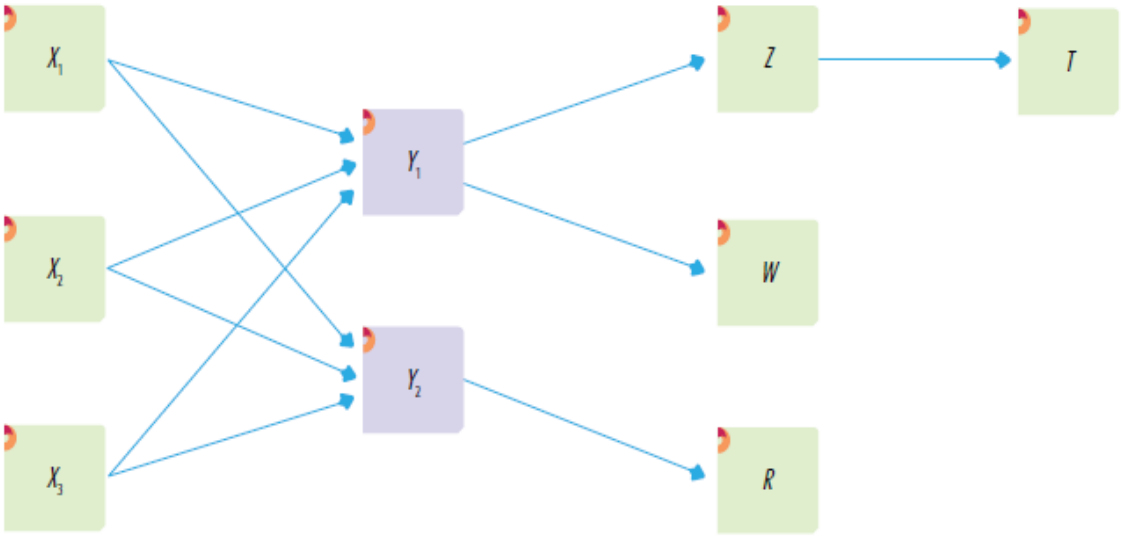


Fig. 3.2 **Características de diseños correlacionales -causales**

Fuente. Tomado de (Hernández-Sampieri, et al, 2014, p. 157).

3.7 Unidad de Análisis

Gestor y/o experto con más de 5 años de experiencia en gestión de salud primario o gestión de empresas relacionadas al sector salud *retail clinic*.

3.8 Población de Estudio

La población en estudio está constituida por gestores y/ expertos en gestión de clínicas o empresas privadas del sector sanitario nacional relacionadas al sector salud primario y/o *retail-clinic.*

Debido a que el tema de la innovación disruptiva aplicado al *retail clinic*, es nuevo, existen muy pocos conocedores a profundidad relacionados con el tema. Por tanto, la población en estudio está constituida por un listado de 106 gestores y/o expertos en gestión de clínicas o empresas privadas del sector sanitario nacional relacionadas al sector salud de nivel primario y/o *retail-clinic* del cual se tomó la muestra probabilística.

3.9 Marco Muestral

Listado de gestores y/o expertos con experiencia en gestión relacionadas al sector salud de nivel primario y/o retail clinic.

3.10 Tamaño de muestra

Es una muestra probabilística.

Cálculo del tamaño de muestra para variables categóricas con poblaciones finitas

$$n = \frac{N Z^2 \quad pq}{d^2 \ (N - 1) + Z^2 \quad pq}$$

n = tamaño de la muestra
N = tamaño de la población =
Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.
d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.
p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia
q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

Por tanto, para el cálculo tenemos:
n = tamaño de la muestra
N = 106
Z = 1.96
d = 5%
p = 0.4
q = 0.5

Tamaño de muestra: n = **83**

Sin embargo, la técnica estadística a emplear para el análisis multivariante es Modelo de ecuaciones estructurales por el método de mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), la cual es conocida por su capacidad para manejar tamaños pequeños de muestra (Cepeda-Carrión y Roldán Salgueiro,2004; Martínez, y Fierro, 2018; López, y González, (Eds.), 2014).

. Diversos autores, recomiendan un mínimo de 100 casos como requisito mínimo de tamaño de muestra, se demostró que PLS-SEM puede lograr suficiente poder estadístico con solo 100 observaciones (Hoyle R.H., 1995; Hoyle & Gottfredson, 2015; Guenther, P., et al, 2023).

Ya que al menos 100 observaciones pueden ser suficientes para alcanzar niveles aceptables de poder estadístico. Para cumplir con estas condiciones, el tamaño de muestra será **101** casos.

Por lo tanto, se sugiere apegarnos al tamaño de muestra mínimo de muestra de 100, siguiendo a Hoyle y Guenther, con el fin de dar robustez a los resultados (Martínez, M.; Fierro, E.,2018); López, K. S., & González, G. T. (Eds.). (2014).

3.11 Selección de la muestra

Muestra probabilística. La muestra seleccionada incluye a gestores y/o expertos con experiencia en gestión relacionadas al sector salud de nivel primario y/o retail clinic.

Criterios de inclusión:

Gestor y/o experto con experiencia en gestión relacionadas al sector salud de nivel primario y/o *retail* clinic.

- Deben tener un mínimo de experiencia de 5 años en el campo con suficiencia:
  - Académica teórica (enseña o asesora) y/o
  - Práctica (años de experiencia en gestión) y/o
  - Metodológica (si ha establecido métodos de trabajo) y/o
  - Emprendimiento (dueño o accionista de negocio en salud)

Criterios de exclusión:

- Miembros del equipo de asesores de la tesis

- Inversionistas con conflicto de intereses en el campo
- Expertos que no están actualizados (han dejado de tener relación con el campo por más de 5 años)

3.12 Técnicas de recolección de datos

OBJETIVO	ANTECEDENTES	RESULTADOS
Identificar las variables Diseño del instrumento y validación	**Análisis de información** se realizó mediante lecturas y revisión de información de tipo documental y profundización del tema	Identificación de variables
	Diseño del instrumento de recolección de datos (cuestionario con escala de Likert) **y validación del instrumento** realizada por 5 expertos (jueces). Se realizó: **a) Análisis de Validez de Contenido** (Expertos): Se realizó mediante el método de intervalos de confianza "V de Aiken". **Criterios de inclusión de los jueces:** - Grado de doctor o doctorando - Expertos en innovación y/o gestión de empresas **Criterios de exclusión:** - Asesores de la tesis - Inversionistas con conflicto de intereses en el campo	Encuesta validada
	b) Análisis de Confiabilidad: se ejecutó la encuesta a una población de 20 sujetos y se aplicó el Método de Consistencia Interna alfa- Cronbach	Encuesta validada
Aplicación de la Encuesta	**Aplicación de la Encuesta**: Validada la encuesta, se aplicó a la población objetivo. Se obtuvo 101 encuestas de sujetos a quienes se les envió por correo con las siguientes instrucciones: "El propósito del siguiente instrumento es identificar la influencia que tiene el Marco de Factores Habilitadores en la Innovación Disruptiva de una Propuesta de Clínica Minorista (Retail Clinic) en el sector salud. La escala se estructura en dos grandes secciones, en principio la que recaba los datos	Encuesta aplicada

	generales y la segunda que concentra los ítems por cada dimensión explorada. Para responder cada uno de los planteamientos que se presentan en el instrumento, debe considerarse lo siguiente: a. Antes de proceder a responder debe leer la Propuesta de Modelo de Negocios *Retail Clinic* (Anexo 4). Leer cuidadosamente cada uno de los ítems y, responder marcando la opción que usted considere más indicada de acuerdo a la siguiente escala: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) indiferente (4) De acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo. b. La información que resulte de la aplicación del instrumento, será manejada en forma anónima y confidencial." Ver Propuesta de Modelo de Negocios Low Cost Retail Clinic en Anexo 4	
Identificar la influencia que tiene cada una de las variables del MFHID	**Análisis multivariante** (encuestas 101) Ecuaciones estructurales técnica estadística de Modelización mediante la regresión de mínimos cuadrados parciales (PLS – Path Modeling Partial Least Square Regression).	Determinación del Modelo "Marco de Factores Habilitadores de Innovación Disruptiva" (MFHID)

3.13 Análisis e interpretación de la información

Análisis y validación del instrumento de medición (encuesta)			
Análisis de Confiabilidad	Método de Consistencia Interna	alfa- Cronbach	Hernández, et al (2010). Sánchez, G. (2017). Corral, Y. (2009).
Análisis de Validez	Validez de Contenido	Juicio de Expertos Análisis V de Aiken	Corral, Y. (2009). Robles, B. (2018).

Modelación de Ecuaciones Estructurales con Mínimos Cuadrados Parciales (PLS-SEM) (Cepeda y Roldan (2004)			
Metodología: 1ro Se procede al tratamiento de la variable multidimensional; 2do se analiza el instrumento de medida. Una vez que se ha determinado la validez de los indicadores 3ro Se analiza el modelo estructural propuesto donde comprobaremos la significatividad de las hipótesis, con el fin de contrastar cada una de las hipótesis, 4to Se determina el efecto predictivo del modelo propuesto.			
Tratamiento del Constructo Multidimensional (enfoque en 2 etapas) **Polites, G., Roberts, N., Thatcher J., (2012)**			
Etapa 1	Depuración de los ítems	1ro: se diseño el modelo completo, incluyendo los factores con sus indicadores respectivos, señalando los caminos estructurales	-Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). -Portillo, A. F. (2016). -Pérez, R. L. (2012). Jiménez Naranjo, H. (2015).
	Cálculo de Latent Variables Scores	Se ejecuto el programa con el algoritmo de PLS, con el fin de obtener las puntuaciones de las variables latentes	-Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). -Portillo, A. F. (2016). -Pérez, R. L. (2012). Jiménez Naranjo, H. (2015).
Etapa 2	Planteamiento del Modelo	Una vez ejecutado el programa para obtener los datos, y teniendo en cuenta que los indicadores	-Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004).

		que vamos a evaluar son reflectivos, se procede a valorar la fiabilidad individual de los indicadores de las variables “depuración de ítems”. A continuación, representamos el modelo. Elegimos indicadores de la misma los scores logrados en la etapa anterior.	-Portillo, A. F. (2016). -Pérez, R. L. (2012). Jiménez Naranjo, H. (2015).
Análisis Multivariable. Procedimiento PLS Basado en : Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C., Sarstedt, M., Castillo-Apraiz, J., Cepeda-Carrion, G., & Roldán, J. (2019)			
Análisis del Instrumento de Medida	Variables Reflectivas	1. Evaluación de la **fiabilidad** individual del ítem (cargas). 2. Evaluación de la **consistencia interna** o fiabilidad compuesta del constructo (alfa-Cronbach). 3. Evaluación de la **validez convergente** (AVE). 4. Evaluación de la **validez discriminante** (Compara el AVE).	Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). Portillo, A. F. (2016).
Análisis del Modelo Estructural			
Análisis del Modelo Estructural	Contraste de hipótesis según sus “Coeficiente Path”	Estos pueden variar entre -1 y 1 y cuanto mayor sea su valor absoluto, mayor importancia tendrá dicha hipótesis. Además, hay otro dato importante a valorar, y es que, si la hipótesis está redactada de forma positiva, el valor del camino debe tener el mismo signo, en caso contrario la hipótesis quedará invalidada.	Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). Portillo, A. F. (2016). Jiménez Naranjo, H. (2015).
	Contraste de hipótesis a partir de su nivel de significatividad	Boostrapping	Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). Portillo, A. F. (2016). Jiménez Naranjo, H. (2015).

	Evaluación del efecto del modelo	R2 1ro: Se examina la varianza de las variables latentes dependientes, explicada por los constructos que las predicen (R2). Según Falk y Miller (1992) el valor exigido no debe ser menor a 0,1, aunque en este sentido y siguiendo a Sanz et al. (2008), la interpretación del valor mínimo depende claramente del contexto de la investigación.	Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). Portillo, A. F. (2016). Jiménez Naranjo, H. (2015).

SOFTWARE

Para el análisis se utiliza el software SMARTPLS 4.0

Aplicado para el análisis de los datos, software SmartPLS 4.0 VERSIÓN 4.1.1.2 (Ringle et al., 2022) que es una herramienta especializada en la aplicación de la técnica PLS-SEM.

3.13.1 Proceso de depuración de variables e indicadores

El proceso de depuración de variables e indicadores en el contexto del análisis PLS-SEM es crucial para asegurar la validez y confiabilidad de los resultados. A continuación, se detalla este proceso:

1. Evaluación inicial de la fiabilidad individual del ítem:

- **Cargas factoriales:** Se examinan las cargas factoriales de cada indicador en su constructo latente. Idealmente, las cargas deben ser altas (generalmente se recomienda un valor mínimo de 0.70), lo que indica que el indicador mide bien el constructo que pretende medir.
- **Eliminación de indicadores:** Los indicadores con cargas factoriales bajas (por debajo del umbral establecido) se eliminan, ya que no contribuyen significativamente a la medición del constructo.

2. Evaluación de la consistencia interna (fiabilidad compuesta):

- **Alfa de Cronbach y fiabilidad compuesta:** Se calculan el alfa de Cronbach y la fiabilidad compuesta para cada constructo. Estos índices evalúan la consistencia interna de los indicadores que miden un mismo constructo.
- **Umbrales:** Se establecen umbrales para estos índices (generalmente se recomienda un valor mínimo de 0.70). Si un constructo no alcanza el umbral, se considera que tiene una baja consistencia interna.
- **Eliminación de indicadores:** Si la consistencia interna de un constructo es baja, se pueden eliminar indicadores adicionales para mejorarla. Se recomienda eliminar aquellos indicadores que tengan las cargas factoriales más bajas.

3. Evaluación de la validez convergente:

- **Varianza extraída promedio (AVE):** Se calcula el AVE para cada constructo. Este índice mide la proporción de varianza en los indicadores que es explicada por el constructo latente.
- **Umbral:** Se establece un umbral para el AVE (generalmente se recomienda un valor mínimo de 0.50). Si el AVE de un constructo es inferior al umbral, se considera que no tiene una adecuada validez convergente.
- **Eliminación de indicadores:** Si la validez convergente de un constructo es baja, se pueden eliminar indicadores adicionales para mejorarla.
-

4. Evaluación de la validez discriminante:

- **Criterio de Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT):** Este criterio compara las correlaciones entre los indicadores de diferentes constructos (heterotrait) con las correlaciones entre los indicadores del mismo constructo (monotrait). Se espera que las correlaciones monotrait sean mayores que las correlaciones heterotrait.
- **Eliminación de indicadores o constructos:** Si no se cumple la validez discriminante, se pueden eliminar indicadores o incluso constructos completos.

Reevaluación del modelo:

- **Ajuste del modelo:** Después de eliminar indicadores o constructos, se reevalúa el modelo PLS-SEM para asegurar que cumple con los criterios de fiabilidad y validez.
- **Iteración:** Este proceso puede requerir varias iteraciones hasta que se obtenga un modelo final que sea válido y confiable.

Consideraciones adicionales:

- **Justificación teórica:** La eliminación de indicadores debe basarse tanto en criterios estadísticos como en consideraciones teóricas. No se deben eliminar indicadores solo por mejorar los índices de ajuste si no hay una justificación teórica para ello.
- **Tamaño de la muestra:** El tamaño de la muestra puede influir en el proceso de depuración. En muestras pequeñas, puede ser más difícil obtener resultados estables y confiables.

3.14 Justificación de la técnica estadística

La investigación en administración de empresas se ha ido nutriendo poco a poco de herramientas metodológicas más sofisticadas. Gracias a este mayor grado de elaboración, los investigadores han podido diseñar y testar modelos cada vez más complejos que trataban de explicar la realidad de la administración. Entre estas herramientas metodológicas y técnicas cuantitativas, en los últimos tiempos han surgido la técnica denominada Partial Least Square (PLS), la cual se ha convertido en una herramienta metodológica muy valiosa, especialmente cuando se abordan modelos complejos con un enfoque predictivo y teorías en desarrollo. Tiene como objetivo la predicción de las variables latentes y que no se basa en la co-varianza, sino que se apoya en la estimación de mínimos cuadrados ordinarios (OLS) y en el análisis de componentes principales (ACP). La técnica

PLS se ha difundido mucho entre los investigadores de administración debido a las muchas ventajas que presenta frente las técnicas basadas en la covarianza, particularmente en lo que se refiere a las exigencias de la distribución de las variables de la muestra, el tipo de variables y el tamaño de la propia muestra (Martínez Ávila, M., & Fierro Moreno, E.; 2018).

Autores como Wold (1979) y Barclay et al. (1995) han sido pioneros en la promoción y desarrollo de la técnica PLS-SEM en la investigación de administración de empresas. Estos autores destacan las ventajas de PLS-SEM frente a las técnicas basadas en la covarianza, especialmente en términos de flexibilidad y capacidad para manejar datos no normales y tamaños de muestra pequeños. Principalmente para el análisis causal predictivo en situaciones de alta complejidad (i.e., modelos con gran número de variables, indicadores y relaciones) pero con un conocimiento teórico poco desarrollado se recomienda generalmente en modelos de investigación predictivos donde el énfasis se coloca en el desarrollo de una teoría naciente.

PLS es una técnica que fue diseñada para reflejar las condiciones teóricas y empíricas de las ciencias sociales, empresariales, administrativas y del comportamiento, donde son habituales las situaciones con teorías no suficientemente asentadas y escasa información disponible. A esta forma de modelización se la conoce como modelización flexible. Los procedimientos matemáticos y estadísticos subyacentes en el sistema son rigurosos y robustos (Wold, 1979); sin embargo, el modelo matemático es flexible en el sentido de que no realiza suposiciones relativas a niveles de medida, distribuciones de los datos y tamaño muestral. La meta que se persigue es más moderada que la modelización firme. En la modelización flexible se abandona la idea de causalidad y se reemplaza por el concepto de predictibilidad. Mientras que la causalidad garantiza la capacidad de controlar los acontecimientos, la predictibilidad permite sólo un limitado grado de control (Richter, Cepeda-Carrion, Roldán Salgueiro, & Ringle, 2016).

La técnica PLS-SEM posee numerosas ventajas, que la hacen particularmente adecuada para ciertas situaciones en la investigación en administración de empresas:

- **Flexibilidad en los supuestos**: PLS-SEM es menos restrictivo en cuanto a los supuestos de distribución de las variables y tamaño de la muestra, lo que la hace útil cuando se trabaja con datos no-normales o muestras pequeñas.
- **Adecuada para modelos complejos**: PLS-SEM puede manejar modelos con un gran número de variables, indicadores y relaciones, lo que permite a los investigadores explorar fenómenos complejos en la administración de empresas.
- **Énfasis en la predicción**: PLS-SEM se orienta hacia el análisis causal predictivo, lo que la hace valiosa cuando el objetivo principal es predecir el comportamiento de las variables.
- **Útil en teorías en desarrollo**: PLS-SEM es especialmente útil cuando se trabaja con teorías nacientes o poco desarrolladas, ya que permite a los investigadores explorar y refinar sus modelos teóricos.

En la presente investigación, se ha optado por utilizar la técnica PLS-SEM debido a que cumple con las condiciones mencionadas anteriormente:

- **Objetivo predictivo:** El objetivo principal de la investigación es proponer un modelo que permita predecir la innovación del modelo. PLS-SEM es una técnica adecuada para este tipo de objetivos, ya que se centra en la predicción de variables latentes.
- **Marco conceptual en desarrollo:** El marco conceptual sobre el que se basa la investigación se encuentra en una etapa emergente, especialmente en el campo de la gestión de salud y específicamente "*retail*", lo que significa que la teoría aún no está completamente

desarrollada. PLS-SEM es una técnica flexible que se adapta bien a este tipo de situaciones.

- **Distribución no-normal de las variables:** Las variables del estudio presentan una distribución no-normal, lo que no cumpliría con los requisitos básicos para aplicar una metodología SEM basada en la covarianza. PLS-SEM, al ser menos restrictivo en cuanto a los supuestos de distribución, es una alternativa adecuada en este caso.
- **Tamaño de muestra limitado:** Se dispone de una muestra de estudio no muy amplia. Varios estudios señalan que una de las ventajas del uso de la técnica para análisis multivariante PLS-SEM, es su capacidad para manejar tamaños pequeños de muestra inclusive menores a 100 (Cepeda-Carrión y Roldán Salgueiro,2004; Martínez, y Fierro, 2018; López, y González, (Eds.), 2014). Otros autores recomiendan un mínimo de 100 casos como requisito mínimo de tamaño de muestra, se demostró que PLS-SEM puede lograr suficiente poder estadístico con solo 100 observaciones (Hoyle R.H., 1995; Hoyle & Gottfredson, 2015; Guenther, P., et al, 2023).
- **Complejidad del modelo:** El modelo de estudio presenta una gran complejidad, con múltiples variables e interrelaciones. PLS-SEM es una técnica que permite manejar este tipo de modelos complejos de manera eficiente. (Barroso, Cepeda y Roldán, 2007; López, 2012; Portillo, 2016; Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C., Sarstedt, M., Castillo-Apraiz, J., Cepeda-Carrion, G., & Roldán, J., 2019).

Por todo ello, se selecciona la metodología de “modelización mediante regresión de mínimos cuadrados parciales (PLS) (Path Modeling Least Square Regression) “basada en las correlaciones. Para el análisis se utiliza el software SMARTPLS 4. Aplicando para el análisis de los datos, software **SmartPLS 4**, que es una herramienta especializada en la aplicación de la técnica PLS-SEM.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Características demográficas de los encuestados

Tabla 4.1 Características demográficas de los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	73	72%
	Femenino	28	28%
Edad	Menos de 30 años	0	0%
	30 -50 años	25	25%
	Mas de 50 años	76	75%
Instrucción	Posgrado	62	61%
	Universitario	32	32%
	No universitario	7	7%
Experiencia	5-10 años	21	21%
	10-15 años	12	12%
	Mas de 15 años	68	67%
Actividad	Empresarial	58	57%
	Académico	14	14%
	Consultor	9	9%
	Independiente	13	13%
	Institucional	7	7%

Elaboración propia

4.2 Validación del Instrumento de Medición

La validación del cuestionario “Factores Habilitadores de la Innovación Disruptiva *Retail clinic*” a fin que sea nuestro instrumento de medición, se realizaron dos pruebas, de contenido y de confiabilidad.

Prueba de contenido:

Se realizó mediante la Prueba de “V de Aiken” que se utiliza evaluar la validez de contenido de ítems o preguntas en un instrumento de medición (cuestionario). Es una medida estadística que permite determinar el grado de acuerdo entre un grupo de jueces expertos sobre la pertinencia o relevancia de los ítems con respecto a un constructo específico. Para ello, se contó con la participación de 5 jueces expertos. Estos jueces son personas con conocimiento y experiencia en el área del contenido que se está evaluando y cumplen los criterios de inclusión y exclusión señalados en el punto 3.12.

Su papel fue revisar cada ítem del instrumento de medición (cuestionario) y evaluar su relevancia, pertinencia y que las preguntas sean completas y que abarquen todas las dimensiones del constructo que estás midiendo. con respecto al constructo que se desea medir. Ver registro de validación de jueces expertos en anexo 2

Para obtener los resultados y analizarlos, se aplicó el coeficiente de la V de Aiken, haciendo uso de la siguiente fórmula: V= S/ (n x (c-1).

Siendo:

S: La sumatorio de las respuestas afirmativas por parte de los jueces / expertos

n: número de jueces / expertos

c: número de valores de la escala de evaluación (en nuestro caso, 0 y 1).

Mediante el método de intervalos de confianza “V de Aiken cuyo resultado, coeficiente V de Aiken es **0.93**.

Todos los ítems, superan el coeficiente mínimo de Aiken (>0.7), por lo que se

concluye que los 166 ítems tienen validez de contenido aceptable. Ver resultados en el Anexo 3.

Prueba de Análisis de confiabilidad: Se calculó la confiabilidad de las escalas, se usó el coeficiente alfa de Cronbach resultando **0.95**, existe consistencia interna alta entre los ítems del cuestionario.

Fórmula alfa de Cronbach

El alfa de Cronbach se calcula utilizando la siguiente fórmula:

Su fórmula estadística es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^2}{S_T^2}\right]$$

Donde:

K: El número de ítems

Si^2: Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_t^2: Varianza de la suma de los Ítems

α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

k	101
Si^2	21.48338398
St^2	221.675718
α	**0.9506173**

Tabla 4.2 **Dimensiones y variables seleccionadas**

Dimensiones	Variables	
Innovación Disruptiva Low-Cost *Retail* clinic	**Variable: A1**	La "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic" atrae clientes que aceptan menos atributos a cambio de un precio más bajo para solucionar sus necesidades esenciales de salud primaria, tanto personales como familiares.
	Variable: A2	La “innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic” puede atraer clientes dispuestos a adquirir una propuesta innovadora viable, de mayor cercanía, rapidez de atención y accesible al usuario.
Satisfacción del usuario en la Atención Primaria de Salud	**Variable: B1**	Usuarios insatisfechos con la fiabilidad y capacidad de respuesta limitada de la atención primaria actual son potenciales clientes para alternativas como la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".
	Variable: B2	Usuarios que perciben falta de empatía, seguridad y calidad de infraestructura en la atención primaria actual son potenciales clientes para la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".
Consumerismo en salud	**Variable:** C**1**	Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más empoderado, informado e independiente y que puede ser un potencial consumidor de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”
	Variable: C2	Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, que busca mayor protagonismo en el cuidado de su salud y que puede ser un potencial consumidor de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.
	Variable: C3	Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más amigable con las nuevas tecnologías y redes sociales para informarse y decidir sobre su salud y que puede ser un potencial consumidor de la “innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”
Mercado nueva demanda y baja gama	**Variable: D1**	Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la oferta de rapidez de atención de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”
	Variable: D2	Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la cercanía (ubicación) de la oferta “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.
Regulación que facilita el cambio disruptivo	**Variable: E1**	Asume que las leyes, normas y regulaciones actuales no son favorables(facilitan); pero a su vez, no impiden la innovación en el campo de la salud y específicamente en la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.
	Variable: E2	Considera que las políticas y programas del Estado, son escasas y poco efectivas, para la innovación en el campo de la salud y específicamente en la atención primaria de salud y la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.
Tecnologías disruptivas en salud	**Variable: F1**	Considera que las nuevas tecnologías en salud (de bajo costo) son favorables (facilitan) y ayudan a la reducción de costos de los procesos en salud y permiten la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”

	Variable: F2	Considera que las nuevas tecnologías disruptivas en salud, permiten que el servicio de salud sea más accesible y asequible a una población más amplia a través de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.
Ventaja Competitiva	**Variable: G1**	Consideras que la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”, contribuye a lograr una diferenciación sostenible por su modelo comercial único y a generar una ventaja competitiva
	Variable: G2	Consideras que la "Innovación Disruptiva Low Cost- Retail Clinic” contribuye a desarrollar servicios con altos índices de satisfacción por su accesibilidad y asequibilidad y contribuye a generar una ventaja competitiva.
Fuentes de conocimiento externa	**Variable: H1**	Consideras que la cooperación profunda con universidades e instituciones de investigación es importante y contribuye a la innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic
	Variable: H2	Consideras que la cooperación con los proveedores, usuarios y clientes es importante y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost -Retail Clinic"
Modelo de Negocios de Bajo Costo (Low Cost	**Variable: I1**	Considera que la Propuesta de Valor del Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, es única y diferencial y contribuye a la “Innovación Disruptiva Retail clinic”
	Variable: I2	Considera que el Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, tiene una estructura y procesos estandarizados y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost-Retail Clinic”
	Variable: I3	Considera que el modelo de negocios de bajo costo propuesto, tienen una fórmula de rentabilidad viable (márgenes bajos y alta rotación) y contribuye a la “Innovación Disruptiva Retail Clinic.

Fuente. Elaboración propia

4.3 Análisis multivariante

Se aplicó el análisis multivariante ecuaciones estructurales con la técnica estadística de modelización mediante la regresión de mínimos cuadrados parciales (PLS – Path Modeling Partial Least Square Regression) aplicada a una muestra aleatoria de 101 sujetos.

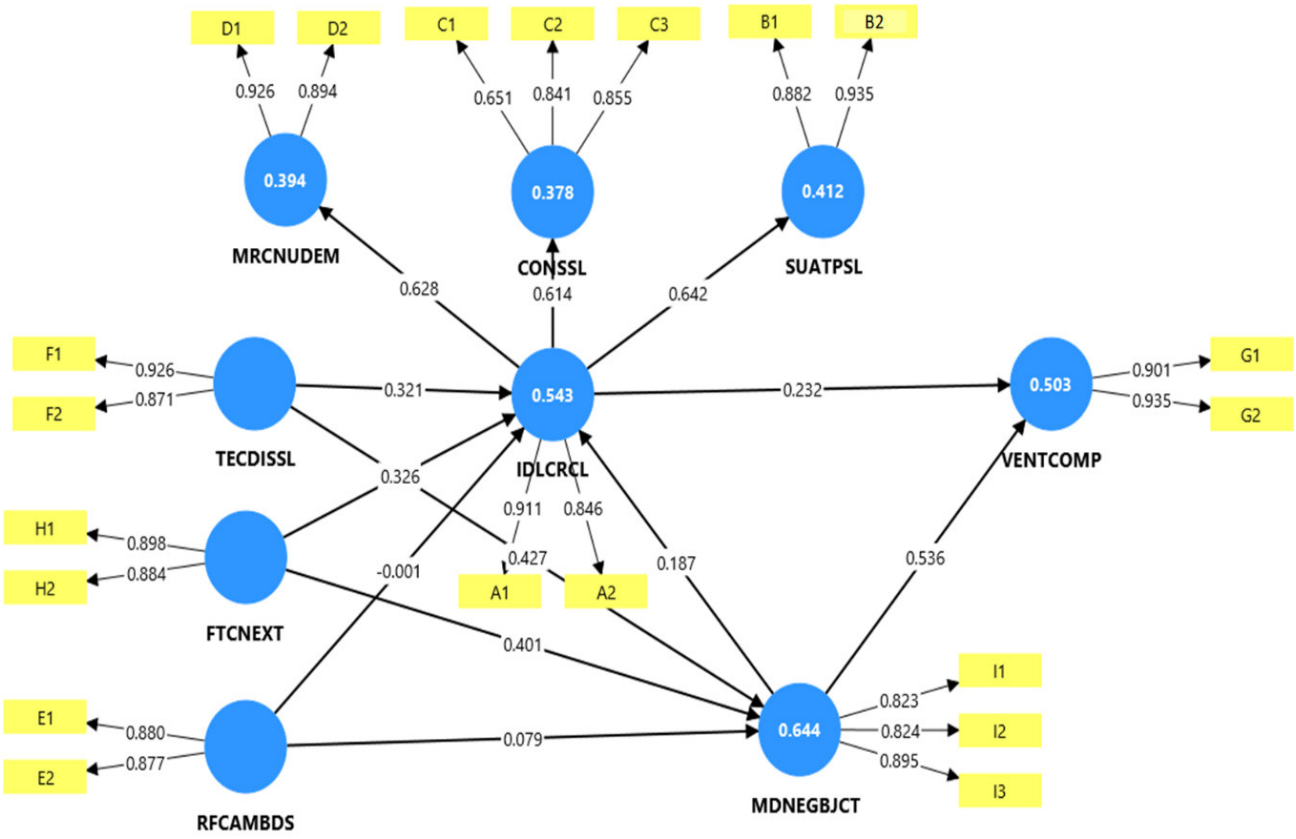


Fig. 4.1 **Estimación del modelo Path**

Fuente: Elaboración propia (aplicación del algoritmo de PLS Software PLS 4.0)

Como primer paso, se presenta el modelo teórico que surge de la revisión y análisis de la literatura; en este caso, asumimos que la figura 3.1 tiene ese pilar teórico para proponer el modelo e hipótesis a contrastar (ver CAP III 3.5). Como segundo paso, es necesario generar las variables observadas (ítems o indicadores); se optó por medir los constructos latentes con indicadores reflectivos dando en total 20 indicadores en el instrumento de medición. En el menú principal de SmartPLS se calcula el algoritmo de PLS (estimación del modelo), cuyos resultados se observan en la figura 4.1.

Para el análisis, se consideran las siguientes variables:

A	Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic	IDLCRCL	**E**	Regulación que facilita el cambio disruptivo	RFCAMBDS
B	Satisfacción del usuario en la Atención Primaria de Salud	SUATPSL	**F**	Tecnologías disruptivas en salud	TECDISSL
C	Consumerismo en salud	CONSSL	**G**	Ventaja Competitiva	VENTCOMP
D	Mercado nueva demanda y Baja Gama	MRCNUDEM	**H**	Fuentes de conocimiento externa	FTCNEXT
			I	Modelo de Negocios de Bajo Costo	MDNEGBJCT

Se realiza a continuación la evaluación del instrumento de medida y la evaluación del modelo estructural, en dos etapas (Hair, Hult, Ringle, Sarstedt, Castillo-Apraiz, Cepeda-Carrion, & Roldán, 2019).

4.4 Análisis Multivariante - Primera Etapa: Evaluación del Instrumento de Medida

a) Evaluación de la fiabilidad individual del ítem (cargas)
b) Evaluación de la consistencia interna o fiabilidad compuesta del constructo (alfa- Cronbach)
c) Evaluación de la validez convergente (AVE)
d) Evaluación de la validez discriminante (criterio de HTMT)

En base al modelo inicial reflectivo, se realiza la evaluación del instrumento de medida (ver resultados Tabla 4.3 y Tabla 4.4), para ello, se estiman las relaciones entre las variables latentes reflectivas y sus indicadores, determinándose las cargas externas las cuales deben estar por encima del valor mínimo 0.70, procediéndose a retirar los indicadores que están muy por debajo de esta cifra. A

continuación, determinamos la consistencia interna que indica la fiabilidad del constructo, tenemos el índice de fiabilidad compuesta (IFC) y el alfa de Cronbach.

La fiabilidad compuesta, es más adecuada que el alfa de Cronbach para PLS, al no asumir que todos los indicadores reciben la misma ponderación sugieren validar estos indicadores con un valor de al menos 0.7 (Martínez Ávila, Minerva, & Fierro Moreno, Eréndira, 2018).

Tabla 4.3 **Fiabilidad y validez de constructo**

	Cronbach's alpha	*Composite reliability (rho_a)*	*Composite reliability (rho_c)*	*Average variance extracted (AVE)*
CONSSL	0.713	0.796	0.829	0.621
FTCNEXT	0.741	0.743	0.885	0.794
IDLCRCL	0.710	0.741	0.872	0.773
MDNEGBJCT	0.805	0.809	0.885	0.719
MRCNUDEM	0.794	0.811	0.906	0.828
RFCAMBDS	0.704	0.704	0.871	0.771
SUATPSL	0.793	0.838	0.905	0.826
TECDISSL	0.765	0.802	0.893	0.807
VENTCOMP	0.816	0.840	0.915	0.843

Fuente. Elaboración porpia

Tabla 4.4 **Cargas externas**

List	Outer loadings	List	Outer loadings
A1 <- IDLCRCL	0.911	E2 <- RFCAMBDS	0.877
A2 <- IDLCRCL	0.846	F1 <- TECDISSL	0.926
B1 <- SUATPSL	0.882	F2 <- TECDISSL	0.871
B2 <- SUATPSL	0.935	G1 <- VENTCOMP	0.901
C1 <- CONSSL	0.651	G2 <- VENTCOMP	0.935
C2 <- CONSSL	0.841	H1 <- FTCNEXT	0.898
C3 <- CONSSL	0.855	H2 <- FTCNEXT	0.884
D1 <- MRCNUDEM	0.926	I1 <- MDNEGBJCT	0.823

D2 <- MRCNUDEM	0.894	I2 <- MDNEGBJCT	0.824
E1 <- RFCAMBDS	0.880	I3 <- MDNEGBJCT	0.895

Fuente. Elaboración propia

Se procede a eliminar los indicadores que generan baja confiabilidad en ambas pruebas.

El análisis de la validez convergente la cual indica que un conjunto de indicadores, representan a un único constructo subyacente; lo cual es validado con la prueba AVE, que mide que la varianza del constructo se pueda explicar a través de los indicadores elegidos.

La AVE deberá ser mayor o igual a 0.50 y proporciona la cantidad de varianza que un constructo obtiene de sus indicadores en relación con la cantidad de varianza debida al error de medida; esto significa que cada constructo o variable explica al menos el 50% de la varianza de los indicadores. Todos los indicadores cumplen la validez convergente (ver resultados tabla 4.3).

Por otra parte, la validez discriminante indica en qué medida un constructo determinado es diferente de otros constructos. Se realiza la prueba del criterio de HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio), se busca asegurar que los constructos midan conceptos distintos y no estén excesivamente correlacionados entre sí. El criterio de HTMT se basa en la comparación de las correlaciones entre los indicadores de diferentes constructos (heterotrait) con las correlaciones entre los indicadores del mismo constructo (monotrait).

La validez discriminante, que asegura la distinción entre constructos, se analizó con el criterio HTMT (<0.90) (Hair et al., 2019) una medida precisa para modelos complejos, que compara correlaciones inter- e intra-constructo.

Tabla 4.5 **Análisis Validez Discriminante – HTMT**

Heterotrait-monotrait ratio (HTMT) - List

	Heterotrait-monotrait ratio (HTMT)
CONSSL <-> CMEPCSL	0.708
CPDNORG <-> CMEPCSL	0.774
CPDNORG <-> CONSSL	0.909
FTCNEXT <-> CMEPCSL	0.808
FTCNEXT <-> CONSSL	0.909
FTCNEXT <-> CPDNORG	0.848
IDLCRCL <-> CMEPCSL	0.833
IDLCRCL <-> CONSSL	0.783
IDLCRCL <-> CPDNORG	0.816
IDLCRCL <-> FTCNEXT	0.839
MDNEGBJCT <-> CMEPCSL	0.746
MDNEGBJCT <-> CONSSL	0.833
MDNEGBJCT <-> CPDNORG	0.753
MDNEGBJCT <-> FTCNEXT	0.813
MDNEGBJCT <-> IDLCRCL	0.838
MRCBJGM <-> CMEPCSL	0.802
MRCBJGM <-> CONSSL	0.874
MRCBJGM <-> CPDNORG	0.838
MRCBJGM <-> FTCNEXT	0.851
MRCBJGM <-> IDLCRCL	0.813
MRCBJGM <-> MDNEGBJCT	0.805
MRCNUDEM <-> CMEPCSL	0.891
MRCNUDEM <-> CONSSL	0.796
MRCNUDEM <-> CPDNORG	0.852
MRCNUDEM <-> FTCNEXT	0.917
MRCNUDEM <-> IDLCRCL	0.865
MRCNUDEM <-> MDNEGBJCT	0.968
MRCNUDEM <-> MRCBJGM	0.845
RDVREMR <-> CMEPCSL	0.692
RDVREMR <-> CONSSL	0.905
RDVREMR <-> CPDNORG	0.736
RDVREMR <-> FTCNEXT	0.835
RDVREMR <-> IDLCRCL	0.850
RDVREMR <-> MDNEGBJCT	0.890
RDVREMR <-> MRCBJGM	0.820
RDVREMR <-> MRCNUDEM	0.855
RFCAMBDS <-> CMEPCSL	0.708
RFCAMBDS <-> CONSSL	0.774
RFCAMBDS <-> CPDNORG	0.909
RFCAMBDS <-> FTCNEXT	0.808
RFCAMBDS <-> IDLCRCL	0.909
RFCAMBDS <-> MDNEGBJCT	0.848
RFCAMBDS <-> MRCBJGM	0.833
RFCAMBDS <-> MRCNUDEM	0.783
RFCAMBDS <-> RDVREMR	0.816
SUATPSL <-> CMEPCSL	0.839
SUATPSL <-> CONSSL	0.746
SUATPSL <-> CPDNORG	0.833
SUATPSL <-> FTCNEXT	0.753
SUATPSL <-> IDLCRCL	0.813
SUATPSL <-> MDNEGBJCT	0.838
SUATPSL <-> MRCBJGM	0.802
SUATPSL <-> MRCNUDEM	0.874

SUATPSL <-> RDVREMR	0.838
SUATPSL <-> RFCAMBDS	0.851
TECDISSL <-> CMEPCSL	0.813
TECDISSL <-> CONSSL	0.805
TECDISSL <-> CPDNORG	0.891
TECDISSL <-> FTCNEXT	0.796
TECDISSL <-> IDLCRCL	0.852
TECDISSL <-> MDNEGBJCT	0.917
TECDISSL <-> MRCBJGM	0.865
TECDISSL <-> MRCNUDEM	0.968
TECDISSL <-> RDVREMR	0.845
TECDISSL <-> RFCAMBDS	0.692
TECDISSL <-> SUATPSL	0.905
TRANSEPD <-> CMEPCSL	0.736
TRANSEPD <-> CONSSL	0.835
TRANSEPD <-> CPDNORG	0.850
TRANSEPD <-> FTCNEXT	0.890
TRANSEPD <-> IDLCRCL	0.820
TRANSEPD <-> MDNEGBJCT	0.855
TRANSEPD <-> MRCBJGM	0.708
TRANSEPD <-> MRCNUDEM	0.774
TRANSEPD <-> RDVREMR	0.909
TRANSEPD <-> RFCAMBDS	0.808
TRANSEPD <-> SUATPSL	0.909
TRANSEPD <-> TECDISSL	0.848
VENTCOMP <-> CMEPCSL	0.833
VENTCOMP <-> CONSSL	0.783
VENTCOMP <-> CPDNORG	0.816
VENTCOMP <-> FTCNEXT	0.839
VENTCOMP <-> IDLCRCL	0.746
VENTCOMP <-> MDNEGBJCT	0.833
VENTCOMP <-> MRCBJGM	0.753
VENTCOMP <-> MRCNUDEM	0.813
VENTCOMP <-> RDVREMR	0.838
VENTCOMP <-> RFCAMBDS	0.802
VENTCOMP <-> SUATPSL	0.874
VENTCOMP <-> TECDISSL	0.838
VENTCOMP <-> TRANSEPD	0.851

Fuente. Elaboración porpia

Este criterio HTMT tiene la ventaja de ser más preciso que otros métodos tradicionales, como el criterio de Fornell-Larcker y especialmente útil cuando se trabaja con modelos complejos que incluyen muchos constructos y relaciones (ver resultados Tabla 4.5). Se procede a eliminar los constructos y eliminar o unificar las variables por encima del umbral.

Se eliminaron las variables latentes H1, E2, I2, las demás variables se conservaron ya que cumplían las condiciones, contando con un *HTMT final* promedio de 0.*7254* entre todas ellas (Ver resultados tabla 4.6).

Tabla 4.6 **Análisis Validez Discriminante – HTMT**

Heterotrait-monotrait ratio (HTMT) - List

	Heterotrait-monotrait ratio (HTMT)
FTCNEXT <-> CONSSL	0.417
IDLCRCL <-> CONSSL	0.774
IDLCRCL <-> FTCNEXT	0.736
MDNEGBJCT <-> CONSSL	0.772
MDNEGBJCT <-> FTCNEXT	0.686
MDNEGBJCT <-> IDLCRCL	0.898
MRCNUDEM <-> CONSSL	0.833
MRCNUDEM <-> FTCNEXT	0.653
MRCNUDEM <-> IDLCRCL	0.816
MRCNUDEM <-> MDNEGBJCT	0.803
RFCAMBDS <-> CONSSL	0.516
RFCAMBDS <-> FTCNEXT	0.400
RFCAMBDS <-> IDLCRCL	0.524
RFCAMBDS <-> MDNEGBJCT	0.751
RFCAMBDS <-> MRCNUDEM	0.527
SUATPSL <-> CONSSL	0.802
SUATPSL <-> FTCNEXT	0.689
SUATPSL <-> IDLCRCL	0.838
SUATPSL <-> MDNEGBJCT	0.840
SUATPSL <-> MRCNUDEM	0.813
SUATPSL <-> RFCAMBDS	0.434
TECDISSL <-> CONSSL	0.891
TECDISSL <-> FTCNEXT	0.524
TECDISSL <-> IDLCRCL	0.852
TECDISSL <-> MDNEGBJCT	0.882
TECDISSL <-> MRCNUDEM	0.865
TECDISSL <-> RFCAMBDS	0.618
TECDISSL <-> SUATPSL	0.845
VENTCOMP <-> CONSSL	0.692
VENTCOMP <-> FTCNEXT	0.656
VENTCOMP <-> IDLCRCL	0.736
VENTCOMP <-> MDNEGBJCT	0.848
VENTCOMP <-> MRCNUDEM	0.850

VENTCOMP <-> RFCAMBDS	0.657
VENTCOMP <-> SUATPSL	0.820
VENTCOMP <-> TECDISSL	0.855

Una vez realizado los ajustes de constructos y variables obtenemos el modelo resultante (ver fig. 4.2).

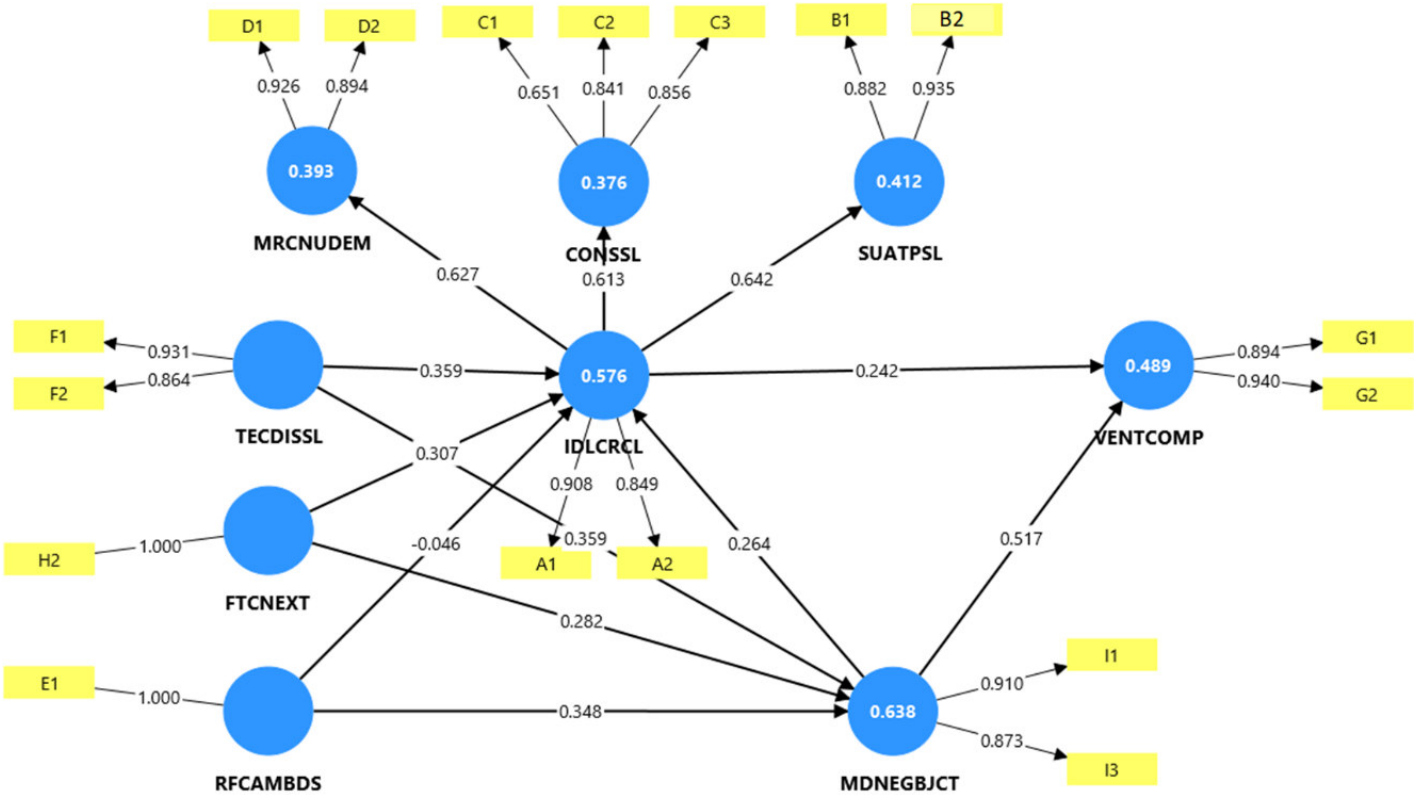


***Fig. 4.2* Estimación del modelo Path ajustado**

Fuente. Elaboración propia (aplicación del algoritmo de PLS Software PLS 4.0)

4.5 Análisis Multivariante - Segunda Etapa: Evaluación del Modelo Estructural

a) Colinealidad entre los indicadores
b) Magnitud y significancia de los coeficientes path

c) Coeficientes de determinación (R2)

Para ingresar a la fase de evaluación del modelo estructural se requiere evaluar el nivel de colinealidad, la colinealidad se refiere a una situación en la que dos o más variables predictoras en un modelo están altamente correlacionadas entre sí. Esto puede causar problemas en la estimación de los coeficientes del modelo, ya que puede ser difícil determinar el efecto individual de cada variable predictora sobre la variable dependiente: Usamos el factor de inflación de la varianza (VIF), en el contexto de la PLS-SEM, un VIF por arriba de cinco de los constructos predictores implican niveles críticos de la colinealidad (Martínez Ávila, Minerva, & Fierro Moreno, Eréndira, 2018), algunos autores como Hair, et al. (2019) como ideal valores menores a 3. Ver resultados Tabla 4.7, todos los valores VIF son menores de 5, verificándose un adecuado nivel de colinealidad.

Tabla 4.7 **Análisis colinealidad (VIF)**

Outer model - List	VIF	Outer model - List	VIF
A1	1.434	E1	1.000
A2	1.434	F1	1.624
B1	1.761	F2	1.624
B2	1.761	G1	1.902
C1	1.470	G2	1.902
C2	1.836	H2	1.000
C3	1.355	I1	1.541
D1	1.767	I3	1.541
D2	1.767		

Fuente. Elaboración propia

Para la evaluación de los coeficientes path, del signo algebraico, magnitud y significación estadística de los coeficientes de regresión estandarizados, estos muestran las relaciones de las hipótesis del modelo de investigación. Se analiza la magnitud y la significancia estadística. La magnitud de los coeficientes path se observan como valores estandarizados en un rango +1 a -1; entre mayor sea el valor denota mayor relación (predicción) entre constructos y entre más cercana

a 0, menor será la convergencia al constructo. Ver resultados en la Tabla 4.8

Tabla 4.8 **Path coeficients List (Coeficientes de rutas)**

List	Path coefficients	List	Path coefficients
FTCNEXT -> IDLCRCL	0.307	MDNEGBJCT -> IDLCRCL	0.264
FTCNEXT -> MDNEGBJCT	0.282	MDNEGBJCT -> VENTCOMP	0.517
IDLCRCL -> CONSSL	0.613	RFCAMBDS -> IDLCRCL	-0.046
IDLCRCL -> MRCNUDEM	0.627	RFCAMBDS -> MDNEGBJCT	0.348
IDLCRCL -> SUATPSL	0.642	TECDISSL -> IDLCRCL	0.359
IDLCRCL -> VENTCOMP	0.242	TECDISSL -> MDNEGBJCT	0.359

Fuente. Elaboración propia

Se muestra la variable RFCAMBIOS e IDLCRCL más cercanas a cero, por lo que se considera menor relación (predicción), para determinar ello se debe calcular el nivel de significancia de los coeficientes path, a partir del valor de la t Student que deriva del proceso de remuestreo o bootstrapping, que es una técnica no paramétrica (no hay parámetros iniciales; se prueba si los caminos entre variables son factibles), la cual evalúa la precisión de las estimaciones de PLS.

Se realiza el bootstrapping PLS Software PLS 4.0, con los siguientes parámetros:

- Número de muestras bootstrap: 10 000 muestras
- Tipo de remuestreo: remuestreo con reemplazo.
- Nivel de confianza: 95%

Los resultados (ver Tabla 4.9) indican que todas las variables mostraron significancia estadística ($p < 0.05$) indicando relaciones predictivas; con excepción de la relación no significativa ($p = 0.689$) entre RFCAMBDS e IDLCRCL,

Tabla 4.9 **Valores t de los Coeficientes de ruta; Valores p (Bootstrapping)**

	Original sample (O)	*Sample mean (M)*	*Standard deviation (STDEV)*	*T statistics (|O/STDEV|)*	*P values*
FTCNEXT -> IDLCRCL	0.307	0.303	0.099	3.099	0.002
FTCNEXT -> MDNEGBJCT	0.282	0.282	0.085	3.304	0.001
IDLCRCL -> CONSSL	0.613	0.620	0.063	9.687	0.000
IDLCRCL -> MRCNUDEM	0.627	0.632	0.082	7.611	0.000
IDLCRCL -> SUATPSL	0.642	0.647	0.055	11.670	0.000
IDLCRCL -> VENTCOMP	0.242	0.239	0.120	2.019	0.044
MDNEGBJCT -> IDLCRCL	0.264	0.262	0.124	2.131	0.033
MDNEGBJCT -> VENTCOMP	0.517	0.521	0.131	3.951	0.000
RFCAMBDS -> IDLCRCL	-0.046	-0.035	0.116	0.400	0.689
RFCAMBDS -> MDNEGBJCT	0.348	0.338	0.128	2.709	0.007
TECDISSL -> IDLCRCL	0.359	0.359	0.092	3.914	0.000
TECDISSL -> MDNEGBJCT	0.359	0.374	0.106	3.377	0.001

Fuente. Elaboración propia

Finalmente, para evaluar la capacidad de predicción del modelo, se debe considerar Coeficientes de determinación (R2) que la técnica PLS-SEM, al ser utilizada para maximizar la capacidad de predicción de las variables dependientes, demanda evaluar, el cual representa una medida de valor predictivo.

Esto indica la cantidad de varianza de un constructo que es explicada por las variables predictoras del constructo endógeno, cuyos valores oscilan entre cero y uno. Entre más alto sea el valor de R2, más capacidad predictiva se presenta. Hair et al. (2017) recomiendan como valores mayores a 0.75, 0.50, 0.25 (sustancial, moderado y débil).

Tabla 4.10 **Análisis del R2**

	R-square	**R-square adjusted**		**R-square**	**R-square adjusted**
CONSSL	0.376	0.370	MRCNUDEM	0.393	0.387

IDLCRCL	0.576	0.558	SUATPSL	0.412	0.406
MDNEGBJCT	0.638	0.627	VENTCOMP	0.489	0.479

Fuente. Elaboración propia

Para evaluar la capacidad predictiva del modelo PLS-SEM, se examinaron los coeficientes de determinación (R^2), que miden la varianza explicada de las variables dependientes (ver resultados Tabla 4.10). Siguiendo los criterios de Hair et al. (2019), el modelo presentó valores de R^2 sustanciales (0.627, 0.558) y moderados (0.370, 0.387, 0.406, 0.479), todos con significancia estadística (ver Tabla 4.11), lo que confirma el poder predictivo del modelo.

Tabla 4.11 **Análisis del R^2 significancia estadística p-values (bootstrapping)**

	Original sample (O)	***Sample mean (M)***	***Standard deviation (STDEV)***	***T statistics (|O/STDEV|)***	***P values***
CONSSL	0.376	0.388	0.078	4.849	0.000
IDLCRCL	0.576	0.597	0.061	9.379	0.000
MDNEGBJCT	0.638	0.658	0.066	9.652	0.000
MRCNUDEM	0.393	0.406	0.103	3.815	0.000
SUATPSL	0.412	0.421	0.071	5.837	0.000
VENTCOMP	0.489	0.505	0.076	6.442	0.000

Fuente. Elaboración propia

Los p-values evalúan si los coeficientes de las relaciones en el modelo son estadísticamente significativos. Un p-value menor a 0.05 indica que puedes rechazar la hipótesis nula, lo que significa que la relación entre las variables es significativa, por tanto, el modelo tiene poder predictivo.

La **tabla 4.12** presenta el r**esultado del contraste de las hipótesis del modelo** iniciando por los resultados del análisis estadístico realizado para validar

la **Hipótesis H1**, Los datos, analizados mediante un modelo de regresión con la técnica de bootstrapping, revelan un **R-square (R-cuadrado) cuyo v**alor de **0.576**, indica que el **57.6% de la varianza** observada en la "Innovación Disruptiva Retail Clinic" es explicada por el "Marco de Factores Habilitadores". Un valor por encima de 0.5 generalmente se considera una capacidad explicativa fuerte en ciencias sociales y administrativas (Hair et al., 2019). La **T statistics** se registra un valor de **9.379**, si el coeficiente de regresión es significativamente diferente de cero. Un valor absoluto alto (generalmente mayor a 1.96 para un nivel de significancia del 5%) indica una relación sólida y significativa. Y finalmente, **Bootstrapp Pvalues,** muestra un valor de **0.000**. Un valor de 0.000 (que en realidad es $p < 0.001$) indica que la probabilidad de que la relación observada sea producto del azar es extremadamente baja, proporcionando una fuerte evidencia empírica.

Asimismo, la tabla resume la validación estadística de 12 hipótesis (H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) del modelo de innovación disruptiva en salud. Los datos, analizados mediante Modelado de Ecuaciones Estructurales con Bootstrapping, se registraron en columnas que especifican la relación hipotética, el estadístico T, el valor-p resultante y la decisión final. El criterio para aceptar o rechazar cada hipótesis fue unívoco: se aceptaron aquellas con un valor-p de bootstrapping inferior a 0.05. Siguiendo este criterio, 11 hipótesis fueron aceptadas y 1 (H5) fue rechazada, proporcionando una evidencia clara sobre las dinámicas de influencia en el modelo estudiado.

Tabla 4.12 Resultado del contraste de las hipótesis del modelo

	Relación	***Hipótesis***	***R-square***	***T statistics Bootstrapp***	***P values***
Hipótesis H1	El Marco de Factores Habilitadores está relacionada significativamente con la "Innovación Disruptiva Retail Clinic (N1)	Aceptada	0.576	9.379	0.000

	Relación	***Hipótesis***	***T statistics Bootstrap***	***P values***
Hipótesis H2	La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud" (N2)	Aceptada	11.670	0.000
Hipótesis H3	La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Consumerismo en salud" (N3)	Aceptada	9.687	0.000
Hipótesis H4	La variable "Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1) se relaciona significativamente con la variable "Generación de nueva demanda y de baja gama" (N4)	Aceptada	7.611	0.000
Hipótesis H5	La variable "Regulación que facilita el cambio disruptivo" (N5), se relaciona significativamente con la variable "Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic" (N1)	Rechazada	0.400	0.689
Hipótesis H6	La variable "Tecnologías disruptivas en salud" (N6), se relaciona significativamente con la	Aceptada	3.914	0.000

	variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)			
Hipótesis H7	La variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1) se relaciona significativamente con la variable “Ventaja Competitiva” (N7)	Aceptada	2.019	0.044
Hipótesis H8	La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), influye significativamente en la variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)	Aceptada	3.099	0.002
Hipótesis H9	La variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N9), influye significativamente en la variable “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic” (N1)	Aceptada	2.131	0.033
Hipótesis H10	La variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14), influye significativamente en la variable “Ventaja competitiva” (N12)	Aceptada	3.951	0.000
Hipótesis H11	La variable “Regulación que facilita el cambio disruptivo” (N5), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14).	Aceptada	2.709	0.007
Hipótesis H12	La variable “Tecnologías disruptivas en salud” (N6) influye significativamente en la variable en la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14).	Aceptada	3.377	0.001
Hipótesis H13	La variable estratégica “Fuentes de conocimiento externa” (N8), se relaciona significativamente con la variable estratégica “Modelo de negocio Low Cost” (N14).	Aceptada	3.304	0.001

Fuente. Elaboración propia

4.6 Discusión

Se evaluó la calidad del instrumento de medición, demostrando que el cuestionario presenta validez de contenido (Aiken, 1985) y adecuada confiabilidad en todas las dimensiones analizadas (Hair et al., 2017). El análisis mediante Modelado de Ecuaciones Estructurales por Mínimos Cuadrados Parciales (PLS-SEM) permitió examinar las relaciones propuestas. La evaluación del modelo de medida confirmó su solidez, con pruebas de fiabilidad individual, consistencia interna (alfa de Cronbach e índice de fiabilidad compuesta) indicando alta confiabilidad en todos los constructos e indicadores (Martínez Ávila et al., 2018). Adicionalmente, la validez convergente, respaldada por cargas factoriales y valores AVE apropiados (Fornell & Larcker, 1981), señala que los indicadores explican bien sus constructos. La validez discriminante, con índices HTMT inferiores a 0.90 (Henseler et al., 2015), descartó problemas de multicolinealidad.

En la evaluación del **modelo estructural**, los análisis revelaron que en los Coeficientes Path**,** todas las variables mostraron significancia estadística ($p < 0.05$), indicando relaciones predictivas (Hair, et al., 2019), a excepción de la relación entre RFCAMBDS e IDLCRCL no significativa ($p = 0.657$).

El estudio realizado permite desarrollar la discusión acerca de la adecuación del planteamiento teórico inicial con los resultados contrastados. La revisión de la literatura expuesta en capítulos anteriores ha permitido proponer y justificar teóricamente un modelo de relaciones aún no presentado en la literatura hasta este momento, que incluye diversas variables que influyen sobre la innovación disruptiva del *retail clinic*.

Un hallazgo significativo es que se logra establecer la hipótesis **H1** teniendo que **Marco de Factores Habilitadores** está relacionada significativamente con la **Innovación Disruptiva Retail Clinic**. Se logra determinar la capacidad predictiva

del modelo PLS-SEM, se examinaron los coeficientes de determinación (R^2), que miden la varianza explicada de las variables dependientes (Hair et al. ,2019), el modelo presentó valores de R^2 sustanciales (0.627, 0.558) y moderados (0.370, 0.387, 0.406, 0.479), todos con significancia estadística, confirmándose el poder predictivo del modelo.

En relación a la hipótesis **H2,** los resultados confirman la influencia directa y positiva de la variable **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL) relacionada significativamente con la **Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud** (SUATPSL), (β = 0.642), ya que la innovación disruptiva ofrece soluciones rápidas y económicas para problemas de salud sencillos, atrayendo a usuarios insatisfechos, la solución correcta, es encontrar formas disruptivas en el campo de la salud, para dar solución a problemas sencillos, para dar cobertura a estas necesidades del usuario (Alarcón Aragón et al., 2020; Nogueira et al., 2013; Hwang & Christensen, 2008).

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013) destacan la experiencia del paciente como un factor clave para la calidad y el valor de los servicios de salud, sus trabajos indican que la innovación se orienta a solucionar la insatisfacción del paciente y la necesidad de mejorar los servicios. En este mismo sentido, los resultados obtenidos están en línea con los estudios de Herzlinger (2004) quien argumenta que la innovación en el sector salud es un motor clave para mejorar la satisfacción de los usuarios, ya que permite diseñar servicios más accesibles, eficientes y personalizados.

En relación a la hipótesis **H3** los resultados confirman que la **Innovación Disruptiva Low-Cost Retail Clinic** (IDLCRCL) se relaciona significativamente con el **Consumerismo en salud** (CONSSL), (β = 0.613), existiendo numerosas investigaciones que corroboran esta relación. Dado que los consumidores empoderados e informados, con acceso a tecnología, encuentran en la innovación disruptiva una respuesta a sus necesidades (Topol, 2015; Parish,

2015; Potluri, R. M., & Johnson, S., 2023).

Diversos autores señalan la tendencia respecto a un consumidor que se encuentra más empoderado, se asume como protagonista de su propia salud, más informado y se siente atraído por nuevas tecnologías e innovaciones disruptivas a su alcance, que le permite mejor calidad de los servicios salud (Priego-Álvarez, H., 2005; Topol, 2015; James M. Parish, 2015; Hefner et al., 2020).

En relación a la hipótesis **H4** la variable **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL) se vincula significativamente con el **Mercado de Nueva Demanda y Baja Gama** (MRCNUDEM), ($\beta = 0.627$); los resultados del presente estudio coincide con diversos estudios previos que señalan que las innovaciones disruptivas crean un mercado donde no existía ninguno, convierten a los no consumidores en consumidores, cuando los productos/servicios existentes limitan, fuerzan o centralizan demasiado el consumo con inconvenientes para el cliente. La identificación de demandas potenciales y la creación de nuevos productos y servicios para conseguir un nuevo mercado es la base sobre la que se sustenta la innovación disruptiva. (Christensen, C.M., Raynor, M., McDonald, R.,2015; Zentner, A., 2015).

Asimismo, en línea con los antecedentes teóricos y empíricos que señalan que las innovaciones disruptivas de bajo nivel o de gama baja, captan la demanda de los clientes menos exigentes de un mercado ya establecido. Ofrecen nuevos productos o servicios que son más baratos y de una calidad inferior que los productos existentes en el mercado (Christensen, Raynor, McDonald, 2015). La disrupción ingresa al mercado por la base y luego, a través de mejoras en el desempeño del producto, se expande al mercado principal (Ho, J. C., 2021), (Govindarajan, V., Kopalle, P. 2006).

Esta investigación, respecto a la hipótesis **H5** que relaciona la **Regulación que**

facilita el cambio disruptivo (RFCAMBDS) con la **Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL), (β = −0.046), encuentra una relación no significativa. Pese que existe múltiples investigaciones señalan que la regulación siendo una serie de reformas reglamentarias y nuevos estándares de la industria que facilitan o lubrican las interacciones entre los participantes en la nueva industria disruptiva. Las reglas determinan qué tipos de cambios están permitidos, la influencia de las instituciones, lo que permite y limita la creación conjunta de valor y la difusión de las prácticas de mercado (Christensen et al., 2009; Heikkilä, et al., 2015; Curtis, 2006; Petzold, N., *et al*., 2019; Wafula, F., Onoka, C., *et al.,* 2022).

Esta aparente contradicción podría explicarse al considerar el contexto socioeconómico. En los países desarrollados los marcos normativos evolucionan para legitimar, estandarizar y proteger las innovaciones, creando un ecosistema predecible para inversores, empresas y consumidores. Es posible que, si bien la relación entre regulaciones y la innovación es compleja y multifacética, algunos autores y estudios sugieren que, en ciertos contextos, como el de la informalidad en Latinoamérica y Perú, las regulaciones pueden no ser el factor limitante principal para la innovación. En estos países emergentes, la realidad suele ser distinta: la regulación es lenta y reactiva, y en muchos casos no existe o es indiferente a los cambios disruptivos, lo que lleva a que la innovación ocurra "a pesar de la regulación" y no gracias a ella. (Navarro, M. J.R.,2023; Kim, S., et al, 2020, De Soto, 2001).

En relación a la hipótesis **H6** que relaciona de manera significativa la variable **Tecnologías disruptivas en salud** (TECDISSL), con la variable **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL), (β = 0.359), está en la misma línea que diversos autores que han señalado en sus investigaciones que las tecnologías disruptivas, como invención o innovación sofisticadas, y de bajo costo aplicadas a la salud, hacen productos o servicios sean más asequible y accesible a una población más amplia y está en la base de la innovación

disruptiva (Christensen, et al., 2017; Gustafson y Koff, 2010; Heikkilä, M., et al., 2015; Singh, D. M. S., & Hanafi, N. B., 2019).

Las tecnologías disruptivas tienen el potencial de generar una innovación disruptiva en el sector salud, transformando la forma en que se presta la atención médica y mejorando la calidad de vida de las personas. El impacto de las tecnologías disruptivas en la innovación: Mejora de la calidad de la atención: Las tecnologías disruptivas pueden permitir diagnósticos más precisos, tratamientos más personalizados y una mejor monitorización de los pacientes. Mayor eficiencia: Pueden reducir los costos, agilizar los procesos y optimizar el uso de los recursos en la atención médica. Mayor acceso: Pueden facilitar el acceso a la atención médica para personas que viven en áreas remotas o que tienen dificultades para desplazarse. Nuevos modelos de negocio: Pueden dar lugar a la creación de nuevas empresas y servicios que transforman la forma en que se presta la atención médica (Topol, E., 2015; Herzlinger, R. E., 2004; Vidal Ledo, M. J., Carnota Lauzán, O., & Rodríguez Díaz, A., 2019; Gutiérrez Martínez, J. A., & Febles Estrada, A., 2019; Bayona-Oré, S., Azorsa Salazar, S., Jiménez, F., & Vásquez, J., 2020).

Los resultados de la presente investigación confirman la importancia de la tecnología disruptiva y como esta se ha convertido en un factor clave que está relacionado positivamente con la innovación disruptiva en salud.

La aceptación de la hipótesis **H7,** la variable **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL), está relacionada significativamente con **Ventaja Competitiva** (VENTCOMP), (β = 0.242), se enmarca dentro de los hallazgos que numerosos investigadores han señalado que ventaja competitiva cuando una organización domina a sus competidores, propuesta de valor superior, posición única en el mercado basado en sus propuestas de valor óptimas y diferenciadas, alternativas de menor costo, servicio a sus clientes, creación de mercado, o una combinación simbiótica de estos factores (Hunt, 2009; McGee,

J., 2015). Existe una relación positiva entre ventaja competitiva e innovación disruptiva porque esta última genera una propuesta de valor única más accesible y asequible (Chomvilailuk, R.,2016; Moriro, D.L.,2018).

La innovación disruptiva es una fuente poderosa de ventaja competitiva para las empresas que saben cómo identificar y aprovechar las oportunidades. Al crear nuevos mercados, reducir costos, mejorar la eficiencia y diferenciarse de sus competidores, las empresas pueden lograr un crecimiento sostenible y transformar industrias enteras. (Christensen, C. M., 2003; McGrath, R.G., 2013; Govindarajan, V., 2016).

Los resultados de la presente investigación confirman la importancia de la innovación disruptiva en la creación de una ventaja competitiva en el *retail clinic*.

Esta investigación, respecto a la hipótesis **H8** que relaciona la **Fuentes de conocimiento externa** (FTCNEXT), con la **Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL), ($\beta = 0.307$), encuentra una relación significativa. Estos resultados coinciden con investigaciones previas donde diversos autores señalan esta relación del uso de la capacidad de red para adquirir conocimientos explícitos y tácitos de la organización a partir de redes sociales externas tiene un impacto positivo en la mejora de su innovación radical. Cuanto mayor sea el grado de cooperación con universidades y otras instituciones de investigación, asociaciones industriales y la retroalimentación de proveedores y clientes, mayor será la probabilidad de que una PYME se dedique a la innovación disruptiva (Chen, et Al, 2017; Govindarajan, Kopalle y Danneels 2011; Zhang, F., & Zhu, L. (2021; Yu, W., Dai, S., Liu, F. y Yang, Y. , 2023; Selviaridis, K., & Spring, M., 2025).

Las fuentes de conocimiento externas son fundamentales para la innovación disruptiva. Las empresas que son capaces de identificar y aprovechar estas fuentes pueden obtener una ventaja competitiva significativa. Al escuchar a los clientes, observar los mercados emergentes, colaborar con socios externos y experimentar con nuevas ideas, las empresas pueden generar innovaciones

disruptivas que transformen industrias enteras (Reinhardt y Gurtner 2011; Zhu y Chen 2012; Reinhardt y Gurtner, 2015).

La aceptación de la hipótesis **H9** que relaciona de forma significativa las variables **Modelo de negocio Low Cost** (MDNEGBJCT) con **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL), (β = 0.264), ratifica los antecedentes de estudios previos, respecto a la importancia del modelo de negocio disruptivo. Los modelos de negocio low cost, cuyas propuestas de valor se centran en la oferta principal, reduciendo así los servicios adicionales mediante la simplificación. A través de procesos estandarizados, construyen relaciones directas y eficientes con los clientes, estos se benefician de barreras de acceso y uso relativamente bajas, lo que impulsa la innovación disruptiva (Schmidt, A. L., & van der Sijde, P., 2022; Angeli, F., & Jaiswal, A. K., 2016; Kachaner, N., Lindgardt, Z., & Michael, D.,2011). Los modelos de negocio disruptivos (MND) son transformaciones organizativas que usan las nuevas tecnologías, desarrollan nuevas formas de crear valor para el mercado, a través de un proceso de innovación. (Zott et al., 2010 ; Schiavi, G. S., Behr, A., & Marcolin, C. B.,2019).

Los MND juegan un papel fundamental en la innovación disruptiva. El MND Low Cost es un factor catalizador para la innovación disruptiva al crear nuevos mercados, aumentar la accesibilidad, fomentar la eficiencia y promover la flexibilidad. (Christensen, C.M., Grossman J., Hwang J., 2009; Pereira, Imbrizi, Freitas, & Alvarenga, 2015).

El hallazgo de la presente tesis, ratifica la, importancia del Modelo de Negocio Low Cost como factor fundamental para la generación de Innovación disruptiva en el retail clinic.

La hipótesis **H10**, es aceptada y establece una relación significativa entre la variable **Modelo de Negocio Low Cost (MDNEGBJCT)** y la **Ventaja Competitiva (VENTCOMP)** (β = 0.517), esto respalda la premisa de que las

estrategias de bajo costo, se convierten en un eje central para la diferenciación competitiva. Este hallazgo coincide con la literatura que destaca cómo los modelos de negocio *low cost* permiten posicionarse en mercados altamente sensibles al precio, y pueden capturar segmentos de consumidores que priorizan la relación costo-beneficio (Yang et al., 2017; Evans et al., 2017).

El coeficiente estandarizado (β = 0.517) sugiere una influencia sustancial (Hair et al., 2019), lo que implica que no solo impacta en la percepción de valor del cliente, sino que también fortalece la sostenibilidad de la ventaja competitiva. Como señalan Mejía-Trejo y Sánchez-Gutiérrez (2014), esta estrategia puede generar barreras de entrada para competidores, especialmente en sectores *commoditizados*, en las cuales la eficiencia operativa y la gestión de costos son críticas, como es el caso de los *retail clinics.* Por su parte, Bekmezci (2013) enfatiza que las empresas *low cost* logran escalar rápidamente su participación de mercado al combinar precios accesibles con estándares de calidad básicos pero consistentes, lo que alinea con nuestros resultados.

En cuanto a la hipótesis **H11** es aceptada y establece el hallazgo de una relación significativa entre la **Regulación que Facilita el Cambio Disruptivo (RFCAMBDS**) y los **Modelos de Negocio de Bajo Costo (MDNEGBJCT)**, (β = **0.348**), indica que los marcos regulatorios no son restricciones, sino factores dinámicos que condicionan la sostenibilidad y adaptabilidad de las empresas low-cost. Este resultado se alinea con la literatura reciente que destaca cómo los cambios normativos obligan a las organizaciones a reconfigurar sus modelos de negocio para mantener ventajas competitivas basadas en costos (Nielsen, 2023; Blind et al., 2017).

La evidencia respalda que los modelos low-cost no solo compiten vía eficiencia interna, sino mediante gestión proactiva del entorno regulatorio**.** Empresas que interpretan las normas como oportunidades, logran sostener bajos costos,

mientras que aquellas con rigideces operativas enfrentan riesgos existenciales (Nielsen, 2023; Waty et al., 2021; Glotko et al., 2020; Blind, K., et al., 2017).

En relación a la hipótesis **H12** los resultados confirman que la **Tecnologías disruptivas en salud** (TECDISSL) y **Modelo de Negocios de Bajo Costo (MDNEGBJCT),** (β = 0.359): Este hallazgo indica que la adopción de tecnologías disruptivas transforma los procesos convencionales del sector salud y actúa como un catalizador para la innovación en modelos de negocio más eficientes y sostenibles, la disrupción tecnológica impulsa la innovación en modelos de negocio, reduciendo costos y creando ventajas competitivas (Bashir et al., 2018; Kumar, 2020).
Se confirma que la disrupción tecnológica es un motor clave para modelos de negocio low-cost en salud, con efectos tangibles en reducción de costos, eficiencia y acceso (Sainio,2004; Topol, 2019).

La hipótesis **H13** establece una relación significativa entre el acceso a **fuentes externas de conocimiento (FTCNEXT)** y los **modelos de negocio de bajo costo (MDNEGBJCT)**, (β = 0.282). Este hallazgo, aunque de magnitud moderada, resulta fundamental para comprender que la sostenibilidad de los modelos low-cost depende crecientemente de la capacidad de las organizaciones para identificar, asimilar y aplicar conocimiento externo. Este hallazgo amplía el marco teórico tradicional que enfatizaba principalmente la eficiencia interna, destacando ahora la importancia estratégica de la gestión del conocimiento externo como palanca competitiva. La capacidad de las organizaciones para integrar conocimientos externos opera como catalizador para los modelos low-cost a través de tres vías relevantes Optimización de procesos, la innovación tecnológica, y la adaptación regulatoria (Brunswicker y Vanhaverbeke, 2015; Avunduk et al., 2023).

Los valores moderados de R^2 (0.370, 0.387, 0.406, 0.479) para otras variables endógenas sugieren que, si bien el modelo tiene un poder predictivo significativo, existen otros factores no contemplados que podrían influir en estas variables. Esto abre nuevas líneas de investigación para identificar variables adicionales que mejoren la capacidad explicativa del modelo.

Es importante señalar respecto a la hipótesis **H5** que relaciona la **Regulación que facilita el cambio disruptivo** (RFCAMBDS) con la **Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic** (IDLCRCL), ($\beta = -0.046$), encuentra una relación no significativa (p-value > 0.05), lo cual contrasta con las expectativas teóricas iniciales. Esto podría indicar que la influencia de estos factores es más compleja de lo inicialmente planteado, posiblemente mediada por otras variables no consideradas en el modelo actual.

Estas discrepancias entre los resultados esperados y obtenidos sugieren la necesidad de refinar el modelo teórico en futuras investigaciones, posiblemente incorporando variables moderadoras o mediadoras que ayuden a explicar estas relaciones no significativas.

Las limitaciones del estudio incluyen el tamaño de la muestra (n=101), que aunque suficiente para el análisis PLS-SEM, podría ampliarse en futuros estudios para aumentar la generalización de los resultados. Además, la naturaleza transversal del estudio no permite inferir relaciones causales a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

Sobre la base de una revisión amplia y profunda de la literatura, se ha determinado la relevancia de la innovación en el contexto actual y se ha analizado los conceptos, evolución y tipos de innovación, especialmente la innovación disruptiva, que siendo un tipo de innovación es muy posible su aplicación en los mercados y países emergentes, con especial énfasis en el campo de la salud.

La teoría sobre la innovación disruptiva está aún en pleno desarrollo, desde la idea seminal de C.M. Christensen (1997) con sus publicaciones *The Innovator's Dilemma:* y el *The Innovator´s Prescription – A Disruptive Solution for Health Care* (2009) y lejos de haber alcanzado la madurez, pese a la enorme cantidad de publicaciones al respecto. Sin embargo, su potencial para explicar y primer innovaciones con propuestas de valor y modelos de negocio disruptivos está demostrado ampliamente. Mas no es así, en el campo de la salud, y menos específicamente en el retail clinic, que es el objetivo del estudio de la presente tesis.

Este estudio ha propuesto un marco teórico prometedor conectando teorías y enfoques aceptados en la literatura la teoría basada en los recursos y capacidades, la innovación estratégica, para comprender mejor las variables que constituyen e el modelo propuesto alrededor de la innovación disruptiva *retail clinic.*

Las hipótesis propuestas han sido contrastadas y verificadas mediante una encuesta a una muestra aleatoria de 101 expertos y gestores del campo de la salud y el *retail clinic*, mediante la metodología PLS. Los resultados han probado que:

1. El **Marco de Factores Habilitadores** planteado como hipótesis general **(H1)** en el presente trabajo de investigación se encuentra relacionada de forma significativa con la **Innovación Disruptiva *Retail Clinic***. Se logra determinar el sustancial poder predictivo del modelo, este resultado sugiere que el modelo explica una proporción considerable de la varianza en la variable dependiente, respaldando su utilidad práctica y teórica.

2. La variable **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** relacionada con la **Satisfacción del usuario en la Atención Primaria en Salud** planteada como hipótesis en la presente tesis **(H2)**, se logró determinar una relación significativa. La **Innovación Disruptiva** ofrece soluciones rápidas y económicas para problemas de salud sencillos, atrayendo a usuarios de atención primaria de salud insatisfechos.

3. La variable **Innovación Disruptiva Low-Cost Retail Clinic** se relaciona significativamente con el **Consumerismo en salud** corroborándose la hipótesis **(H3)** de la presente tesis. Dado que los consumidores empoderados e informados, con acceso a tecnología, encuentran en la innovación disruptiva una respuesta a sus necesidades.

4. Se confirma la hipótesis (**H4)** planteada en la presente tesis, que la variable **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic** está relacionada significativamente con la variable **Generación de Mercado de Nueva Demanda y de Baja Gama**. La importancia de la innovación disruptiva en la creación de nuevos mercados y mercado de baja gama, específicamente en el *retail clinic*.

5. La variable **Regulación que facilita el cambio disruptivo** con la **Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic,** planteada en la hipótesis **(H5)** de la presente tesis, encuentra una relación no significativa. En ciertos contextos, como el de la informalidad en países emergentes, la regulación es lenta y

reactiva, y en muchos casos no existe o es indiferente a los cambios disruptivos, lo que lleva a que la innovación ocurra "a pesar de la regulación" y no gracias a ella.

6. La hipótesis **(H6)**, planteada en esta tesis, que relaciona la variable **Tecnologías disruptivas en salud**, con la variable **Innovación Disruptiva Low Cost *Retail Clinic,*** luego del análisis ha encontrado una relación estadísticamente significativa**.** Los resultados confirman la importancia de la tecnología disruptiva y como esta se ha convertido en un factor clave que está relacionado positivamente con la innovación disruptiva en el *retail clinic.*

7. La hipótesis (**H7),** planteada en la presente investigación que relaciona **Innovación Disruptiva Low Cost *Retail Clinic*** con **Ventaja Competitiva,** se ha encontrado una relación estadísticamente significativa, muy importante. Los resultados de la presente investigación confirman la importancia de la innovación disruptiva en la creación de una ventaja competitiva en el *retail clinic.*

8. Esta investigación, respecto a la hipótesis (**H8)** que relaciona la **Fuentes de conocimiento externa** con la **Innovación disruptiva Low Cost Retail Clinic**, encuentra una relación estadísticamente significativa. Se ratifica en el presente trabajo coincidente con investigaciones previas, que la presencia de redes sociales externas tiene un impacto positivo en la innovación disruptiva *retail clinic*.

9. La hipótesis **(H9),** planteada en la presente tesis que relaciona de forma significativa las variables **Modelo de negocio Low Cost** con la **Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic**, encuentra luego del análisis la significancia estadística de la relación entre ambas variables. El hallazgo de la presente tesis, ratifica la, importancia del Modelo de Negocio Low Cost

como factor fundamental para la generación de Innovación disruptiva en el *retail clinic.*

10. La hipótesis **(H10)**, planteada en la tesis presente, es aceptada y establece una relación significativa entre la variable **Modelo de Negocio Low Cost** y la **Ventaja Competitiva,** esto respalda la premisa de que las estrategias de bajo costo, se convierten en un eje central para la diferenciación competitiva.

11. En cuanto a la hipótesis (**H11)** planteada en la presente tesis, es aceptada y establece el hallazgo de una relación significativa entre la **Regulación que Facilita el Cambio Disruptivo** y los **Modelos de Negocio de Bajo Costo** indica que la regulación son factores dinámicos que condicionan la sostenibilidad y adaptabilidad de las empresas low-cost.

12. Los resultados de la presente tesis confirman la hipótesis (**H12)** donde la **Tecnologías disruptivas en salud** y **Modelo de Negocios de Bajo Costo**, estableciendo una relación significativa entre ellas. La adopción de tecnologías disruptivas actúa como un catalizador para la innovación en modelos de negocio más eficientes y sostenibles.

13. Esta investigación comprueba la hipótesis (**H13)** y establece una relación significativa entre el acceso a **fuentes externas de conocimiento** y los **modelos de negocio de bajo costo**. La capacidad de las organizaciones para integrar conocimientos externos opera como catalizador para los modelos low-cost como el *retail clinic.*

14. El objetivo general de la presente tesis doctoral ha sido aportar un marco conceptual para la comprensión de las variables que pueden influir en la innovación de tipo disruptivo en el sector salud específicamente en el retail clinic. Este marco conceptual determina que la innovación es uno de los motores fundamentales para la solución de la situación problemática y llena

de dificultades que atraviesa el sector salud en Latinoamérica y específicamente en nuestro país.

15. En este contexto, se plantea la importancia de una serie de variables como ejes de una estrategia competitiva que puede configurarse como sostenible en el tiempo generadora de ventajas competitivas que puede ayudar a las mismas a mantenerse en el mercado y a alcanzar el éxito en el futuro.

LIMITACIONES

Asimismo, los resultados y las conclusiones derivadas de este estudio presentan una serie de limitaciones que se configuran como futuras líneas de investigación.

- En primer lugar, la teoría sobre innovación disruptiva es relativamente reciente y aún no es una teoría consolidada, el modelo de estudio presenta una gran complejidad, con múltiples variables e interrelaciones. Lo que hace más compleja la determinación de las variables que la influyen y a las que influye.
- Por la misma razón no existen muchos expertos en el tema de la disrupción y menos aún en el sector salud y específicamente el *retail clinic*, por lo que, el tamaño de la muestra alcanzada, podría no ser suficiente para obtener significancia estadística de algunas variables que fueron desestimadas en el estudio. Varios estudios señalan que una de las ventajas del uso de la técnica para análisis multivariante PLS-SEM, es su capacidad para manejar tamaños pequeños de muestra inclusive menores a 100.
- El objetivo principal de la investigación es proponer un modelo que permita predecir la innovación del modelo. PLS-SEM es una técnica adecuada para este tipo de objetivos, ya que se centra en la predicción de variables latentes.

- Finalmente, señalar que los alcances de esta investigación, sobre innovación, están restringidas al *retail clinic* en nuestro país y específicamente la capital Lima, no pretende, por la concepción primigenia de la tesis abarcar más allá, pero si contribuir a que se puedan realizar investigaciones que puedan ampliar el alcance de la presente investigación

RECOMENDACIONES

A partir de la presente investigación y sus conclusiones, se proponen las siguientes recomendaciones:

A. Para gestores de políticas públicas y reguladores

Fomentar marcos regulatorios flexibles que faciliten la adopción de modelos disruptivos como las *retail clinics*, evitando barreras burocráticas que limiten su desarrollo. Dado que la regulación actual no mostró influencia significativa (H5), se sugiere una actitud proactiva hacia la innovación en salud.

Promover alianzas público-privadas para integrar tecnologías disruptivas (H6) y modelos low-cost (H9, H12) en la atención primaria, mejorando acceso y eficiencia.

Incentivar la digitalización en salud, basándose en la relación confirmada entre tecnologías disruptivas y ventaja competitiva (H6, H7, H12).

B. Para empresarios y emprendedores en salud

Adoptar modelos de negocio low-cost (H9, H10) con enfoque en escalabilidad y sostenibilidad, aprovechando la demanda insatisfecha en atención primaria (H2, H4).

Invertir en tecnologías disruptivas (H6, H12) como telemedicina, IA o diagnósticos portátiles, que reducen costos y mejoran la experiencia del usuario (H3).

Fortalecer redes de conocimiento externo (H8, H13), colaborando con startups, universidades y actores globales para acelerar la innovación.

C. Para instituciones de salud y profesionales

Capacitar en competencias disruptivas a equipos sanitarios y administrativos, alineándose con el *consumerismo* en salud (H3) y las nuevas demandas del mercado (H4).

Implementar pilotos de *retail clinics* en zonas urbanas y periféricas, validando su impacto en accesibilidad y costos (H1, H2).

D. Para futuras investigaciones

Ampliar la muestra a otros contextos geográficos (regiones fuera de Lima) y segmentos (rurales, poblaciones vulnerables) para generalizar los hallazgos.

Profundizar en la relación regulación-innovación, explorando por qué no resultó significativa la variable regulación (H5) en entornos informales o emergentes.

Incorporar estudios longitudinales para evaluar la sostenibilidad de las *retail clinics* y su impacto en sistemas de salud a mediano plazo.

E. Consideraciones estratégicas

Enriquecer con mayores estudios e integrar el marco teórico propuesto (H1) en políticas de innovación en salud, dado su poder predictivo.

Monitorear la evolución de la teoría disruptiva, aún en desarrollo, para ajustar estrategias conforme a nuevas evidencias (limitación teórica).

Estas recomendaciones buscan traducir los hallazgos académicos en

acciones concretas, posicionando a las *retail clinics* como un modelo viable para enfrentar la crisis sanitaria, con base en evidencia empírica y soluciones costo-efectivas.

CAPITULO VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Afuah, A. (2003). *Innovation management: Strategies, implementation, and profits* (2nd ed.). Oxford University Press.

Afuah, A. (2009). *Strategic innovation: New game strategies for competitive advantage*. Routledge.

Adaniya, B. (2019). *Abastecimiento de gas licuado de petróleo (GLP): Análisis causal de los factores que lo impactan mediante análisis multivariable* [Doctoral dissertation, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. *Repositorio institucional UNMSM*. https://hdl.handle.net/20.500.12672/10840

Aghion, P., Bergeaud, A., & Van Reenen, J. (2023). The impact of regulation on innovation. *American Economic Review, 113*(11), 2894–2936. https://doi.org/10.1257/aer.20210107

Agyei-Boapeah, H., Evans, R., & Nisar, T. M. (2022). Disruptive innovation: Designing business platforms for new financial services. *Journal of Business Research, 150*, 134–146. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.05.066

Akmal, S., Sinulingga, S., Napitupulu, H., & Matondang, N. (2019). Disruption innovation, electronic supply chain management in improving the competitive advantage and the company performance. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering, 505*(1), 012131. https://doi.org/10.1088/1757-899X/505/1/012131

Aiken, L. R. (1985). Tres coeficientes para analizar la fiabilidad y validez de las calificaciones [Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings]. *Educational and Psychological Measurement, 45*(1), 131–142. https://doi.org/10.1177/0013164485451012

Abernathy, W. J., & Clark, K. B. (1985). Innovation: Mapping the winds of creative destruction. *Research Policy, 14*(1), 3-22. https://doi.org/10.1016/0048-7333(85)90021-6

Alarcón Aragón, D., Gamba Moreno, L., & González Rubio, Á. (2020). *Diseño de un instrumento para la evaluación de la gestión de la innovación en instituciones de salud en Colombia* [Design of an instrument for evaluating innovation management in health institutions in Colombia]. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. https://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/1535

Al Mansoori, K. K. M., & Bakri, M. H. (2023). Determinantes de la innovación disruptiva que influyen en el desempeño de los servicios financieros [Determinants of disruptive innovation influencing financial services performance]. *Global Business & Finance Review, 28*(2), 69-92. https://doi.org/10.17549/gbfr.2023.28.2.69

Alva, G. (2018). Los problemas de salud del Perú [Health problems in Peru]. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 11*(1), 1-52. http://www.revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/issue/download/1/2

Angeli, F., & Jaiswal, A. K. (2016). Innovación en modelos de negocio para la prestación de servicios de salud inclusivos en la base de la pirámide [Business model innovation for inclusive healthcare service delivery at the base of the pyramid]. *Organización y Entorno, 29*(4), 486-507. https://doi.org/10.1177/1086026616647174

Anwar, M. (2018). Business model innovation and SMEs performance-Does competitive advantage mediate? *International Journal of Innovation Management, 22*(7), 1850057. https://doi.org/10.1142/S1363919618500573

Arroyo, J., Velásquez, A., Céspedes, S., Malo, M., Pedroza, J., & Saco, A. Z. V. (2015). *La salud hoy: Problemas y soluciones* [Health today: Problems and solutions] (J. Arroyo, Ed.). CENTRUM.

https://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/la-salud-hoy-problemas-y-soluciones/

Arroyo, J., & Pastor-Goyzueta, A. (2013). La innovación en la organización de servicios con el Sistema Metropolitano de la Solidaridad en Perú [Innovation in service organization with the Metropolitan Solidarity System in Peru]. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 33*(6), 391-397.

Asemokha, A., Musona, J., Torkkeli, L., & Saarenketo, S. (2019). Business model innovation and entrepreneurial orientation relationships in SMEs: Implications for international performance. *Journal of International Entrepreneurship, 17*, 425-453. https://doi.org/10.1007/s10843-019-00254-3

Assink, M. (2006). Inhibitors of disruptive innovation capability: A conceptual model. *European Journal of Innovation Management, 9*(2), 215-233. https://doi.org/10.1108/14601060610663587

Ayobami, A. O., Olanireti, A. M., James, A. T., Odey, O. D., & Kayode, B. P. (2019). Improving the performance of family-owned small and medium scale enterprise: The role of disruptive innovation. *Global Scientific Journal, 7*(8), 1224-1238. https://www.researchgate.net/publication/335501496

Avunduk, Z. B., Kazan, H., Tatoglu, E., & Zaim, S. (2023). ¿Cómo afecta la obtención de conocimiento externo al rendimiento empresarial en grandes empresas? El papel mediador de las estrategias de tecnología abierta [How does external knowledge acquisition affect business performance in large firms? The mediating role of open technology strategies]. *IEEE Transactions on Engineering Management, 70*(2), 437-453. https://doi.org/10.1109/TEM.2020.3047995

Bachrach, D., Frohlich, J., Garcimonde, A., & Nevitt, K. (2015). *The value proposition of retail clinics* (Issue Brief No. 12). Robert Wood Johnson Foundation. https://www.manatt.com/uploadedFiles/Content/5_Insights/White_Papers/Retail_Clinic_RWJF.pdf

Barnes, H., Alexander, D., & Richards, M. R. (2023). Retail health clinic growth as a potential primary care disruptor. *Medical Care Research and Review, 80*(3), 328-332. https://doi.org/10.1177/10775587231153008

Bamel, U., Talwar, S., Pereira, V., Corazza, L., & Dhir, A. (2023). Disruptive digital innovations in healthcare: Knowing the past and anticipating the future. *Technovation, 125*, 102785. https://doi.org/10.1016/j.technovation.2023.102785

Barney, J. B. (2001). Resource-based theories of competitive advantage: A ten-year retrospective on the resource-based view. *Journal of Management, 27*(6), 643-650. https://doi.org/10.1177/014920630102700602

Barclay, D., Higgins, C., & Thompson, R. (1995). The partial least squares (PLS) approach to causal modeling: Personal computer adoption and use as an illustration. *Technology Studies, 2*(2), 285-309.

Barroso Castro, C., Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2007). Investigar en Economía de la Empresa: ¿Partial Least Squares o modelos basados en la covarianza? [Research in business economics: Partial Least Squares or covariance-based models?]. In *El comportamiento de la empresa ante entornos dinámicos: XIX Congreso anual y XV Congreso Hispano Francés de AEDEM* (pp. 63-72). Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa.

Bashir, M., Yousaf, A., & Verma, R. (2016). Innovación disruptiva en modelos de negocio: Cómo una empresa tecnológica está transformando la industria tradicional del taxi [Disruptive innovation in business models: How a tech company is transforming the traditional taxi industry]. *Indian Journal of Marketing, 46*(4), 49-59.

Bashir, M., & Verma, R. (2018). Internal factors and consequences of business model innovation. *Management Decision, 56*(6), 1271-1294. https://doi.org/10.1108/MD-11-2016-0784

Bashir, M., & Verma, R. (2017). Why business model innovation is the new competitive advantage [Por qué la innovación en el modelo de negocio

es la nueva ventaja competitiva]. *IUP Journal of Business Strategy, 14*(1), 7-17. https://ssrn.com/abstract=3175788

Bataineh, M. J., Sánchez-Sellero, P., & Ayad, F. (2024). Green is the new black: How research and development and green innovation provide businesses a competitive edge. *Business Strategy and the Environment, 33*(2), 1004-1023. https://doi.org/10.1002/bse.3533

Bayona-Oré, S., Azorsa Salazar, S., Jimenez, F., & Vasquez, J. (2020). *Tecnología, innovación y emprendimiento en el sector salud* [Technology, innovation and entrepreneurship in the health sector]. Universidad Autónoma del Perú. https://hdl.handle.net/20.500.13067/1826

Ben-Slimane, K., Diridollou, C., & Hamadache, K. (2020). The legitimation strategies of early stage disruptive innovation. *Technological Forecasting and Social Change, 158*, 120161. https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120161

Bekmezci, M. (2013). Taking competitive advantage by business model innovation. *Journal of Management & Economics, 20*(1), 15-35. https://doi.org/10.1108/JME-2013-0012

Bhaskar, R. (2008). *A realist theory of science* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203090732

Blind, K., Petersen, S. S., & Riillo, C. A. F. (2017). The impact of standards and regulation on innovation in uncertain markets. *Research Policy, 46*(1), 249-264. https://doi.org/10.1016/j.respol.2016.11.003

Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S., & Singer, P. A. (2010). Modelos innovadores de prestación de servicios de salud en países de ingresos bajos y medianos: ¿qué podemos aprender del sector privado? [Innovative healthcare delivery models in low- and middle-income countries: What can we learn from the private sector?]. *Health Research Policy and Systems, 8*(1), Article 24. https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-24

Brunswicker, S., & Vanhaverbeke, W. (2015). Open innovation in small and

medium-sized enterprises (SMEs): External knowledge sourcing strategies and internal organizational facilitators. *Journal of Small Business Management, 53*(4), 1241-1263. https://doi.org/10.1111/jsbm.12120

Bueno, E. (1995). La estrategia de la empresa: Treinta años de evolución teórica [Business strategy: Thirty years of theoretical evolution]. In *Dirección de empresas de los noventa* (pp. 29–50). Civitas.

Bueno, E., & Morcillo, P. (1993). Aspectos estratégicos de la competitividad empresarial: Un modelo de análisis. En *Innovación y competitividad: Un reto para la empresa de 1993. Comunicaciones: Vitoria-Gasteiz, 22-24 septiembre. VII Congreso AECA* (Vol. 1, pp. 823-848). AECA.

Bunge, M. (1969). *El método científico: Metodología de la investigación*. Siglo XXI Editores.

Castaño-Martínez, C. A., Lizarazo-Hernández, S. P., & Cardona-Castaño, J. C. (2024). Oportunidades de innovación en plazas de mercado. *Revista Politécnica, 20*(40), 139-153. https://doi.org/10.33571/rpolitec.v20n40a9

Castaño, R. (2014). Hacia un marco para la innovación del modelo de negocio en la prestación de servicios de salud en países en desarrollo. *BMC Medicine, 12*(233). https://doi.org/10.1186/s12916-014-0233-z

Celis, F. (2016, 27 de septiembre). El Doctor Simi domina mercado de farmacias en México. *Forbes México*. https://www.forbes.com.mx/el-doctor-simi-domina-el-mercado-de-farmacias-en-mexico/

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2015). *El futuro de la salud: Resumen del "Foro del Futuro: El futuro de la salud"*. https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2015/04/2015_el_futuro_de_la_salud.pdf

Cepeda-Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J. L. (2004). Aplicando en la práctica la técnica PLS en la administración de empresas.

En *Conocimiento y Competitividad: Congreso ACEDE, Murcia*. https://hdl.handle.net/11441/76333

Chakraborty, I., Ilavarasan, P. V., & Edirippulige, S. (2023). Factores críticos de éxito de startups en el dominio de la salud digital [Critical success factors of startups in the e-health domain]. *Health Policy and Technology, 12*(3), 100773. https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2023.100773

Charitou, C. D., & Markides, C. C. (2003). Responses to disruptive strategic innovation. *MIT Sloan Management Review, 44*(2), 55-63.

Chen, J., Zhu, Z., & Zhang, Y. (2017). A study of factors influencing disruptive innovation in Chinese SMEs. *Asian Journal of Technology Innovation, 25*(1), 140-157. https://doi.org/10.1080/19761597.2017.1302552

Chesbrough, H. W. (2003). *Innovación abierta: El nuevo imperativo para crear y sacar provecho de la tecnología* [Open innovation: The new imperative for creating and profiting from technology]. Harvard Business School Press.

Christensen, C., & Bower, J. (1996). Customer power, strategic investment, and the failure of leading firms. *Strategic Management Journal, 17*(3), 197-218. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199603)17:3<197::AID-SMJ804>3.0.CO;2-U

Christensen, C. M. (1997). *The innovator's dilemma: When new technologies cause great firms to fail*. Harvard Business School Press.

Christensen, C. M., & Overdorf, M. (2000). Meeting the challenge of disruptive change. *Harvard Business Review, 78*(2), 66-77.

https://hbr.org/2000/03/meeting-the-challenge-of-disruptive-change

Christensen, C. M., Bohmer, R., & Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review, 78*(5), 102-112. https://hbr.org/2000/09/will-disruptive-innovations-cure-health-care

Christensen, C. M., Johnson, M. W., & Rigby, D. K. (2002). Foundations for growth: How to identify and build disruptive new businesses. *MIT Sloan Management Review*

Christensen, C. M., & Raynor, M. E. (2003). *The innovator's solution: Creating and sustaining successful growth*. Harvard Business School Press

Christensen, C. M. (2006). The ongoing process of building a theory of disruption. *Journal of Product Innovation Management, 23*(1), 39-55. https://doi.org/10.1111/j.1540-5885.2005.00180.x

Christensen, C. M., Baumann, H., Ruggles, R., & Sadtler, T. M. (2006). Disruptive innovation for social change. *Harvard Business Review, 84*(12), 58-65. https://hbr.org/2006/12/disruptive-innovation-for-social-change

Christensen, C. M., & Johnson, M. W. (2009). *What are business models, and how are they built?* (Harvard Business School Module Note 610-019). Harvard Business School.

Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care*. McGraw-Hill.

Christensen, C. M. (2011, marzo). A disruptive solution for health care. *Harvard Business Review*. https://hbr.org/2011/03/a-disruptive-solution-for-health

Christensen, C. M., Raynor, M. E., & McDonald, R. (2015). What is disruptive innovation? *Harvard Business Review, 93*(12), 44-53. https://hbr.org/2015/12/what-is-disruptive-innovation

Christensen, C. M., Waldeck, A., & Fogg, R. (2017). *How disruptive innovation can finally revolutionize healthcare: A plan for incumbents and startups to build a future of better health and lower costs*. Clayton Christensen Institute for Disruptive Innovation. https://www.christenseninstitute.org/wp-content/uploads/2017/05/How-Disruption-Can-Finally-Revolutionize-Healthcare-final.pdf

Christensen, C. M. (2012, 8 de febrero). *How healthcare can become higher in quality, lower in cost & widely accessible* [Conferencia]. Harvard Business School, Estados Unidos. https://www.youtube.com/watch?v=yoW5x71vbJc

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2018). *National health expenditures as a percent of gross domestic product (percent), USA*. https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research-Statistics-Data-and-Systems

Chacón Hurtado, N. (2020). Innovaciones disruptivas en las teorías de las ciencias gerenciales. *Business Innova Sciences: Revista de Ciencias Empresariales, 1*(2), 1-15. https://doi.org/10.58720/bis.v1i2.12

Chatzoglou, P., & Chatzoudes, D. (2018). The role of innovation in building competitive advantages: An empirical investigation. *European Journal of Innovation Management, 21*(1), 44–69. https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2017-0015

Chomvilailuk, R. (2016). Disruptive innovation, entrepreneurial marketing, and competitive advantages. *International Journal of Business and Economics, 8*(1), 1-33.

Chu, M., & García-Cuellar, R. (2007). *Farmacias Similares: Private and public health care for the base of the pyramid in Mexico* (Harvard Business School Case 307-092). Harvard Business School. https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=34003

Chung, B., Franses, P. H., & Pennings, E. (2024). Conditions that make ventures thrive: From individual entrepreneur to innovation impact. *Small Business Economics, 62*(3), 1177–1200. https://doi.org/10.1007/s11187-023-00800-3

Conil, L. Y., & de Velazco, J. H. (2010). Epistemología y praxis de la innovación como factor determinante en la durabilidad de la ventaja

competitiva. *Revista de Formación Gerencial, 9*(1), 169-199.

Contreras, F. M., Barrios, C. C., & Castro, M. F. (2023). Una aproximación a los conceptos de innovación radical, incremental y disruptiva en las organizaciones. *Región Científica, 2*(1), 6. https://doi.org/10.58763/rc202324

Cortez, N. (2014). Regulando la innovación disruptiva [Regulating disruptive innovation]. *Berkeley Technology Law Journal, 29*(1), 175-228. https://doi.org/10.2139/ssrn.2436065

Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos [Validity and reliability of research instruments for data collection]. *Revista Ciencias de la Educación Segunda Etapa, 19*(33), 1-20. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5362681

Cruz, O. (2017). *Innovación disruptiva: Aportes conceptuales para organizaciones en Latinoamérica* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. http://bdigital.unal.edu.co/59229/1/80157246.2017.pdf

Curtis, L. H., & Schulman, K. A. (2006). Overregulation of health care: Musings on disruptive innovation theory. *Law and Contemporary Problems, 69*(4), 195-206.

Damanpour, F., Walker, R. M., & Avellaneda, C. N. (2009). Combinative effects of innovation types and organizational performance: A longitudinal study of service organizations. *Journal of Management Studies, 46*(4), 650-675. https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2008.00814.x

Daniel, H., & Erickson, S. M. (2015). Retail health clinics: A policy position paper from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine, 163*(11), 869-870. https://doi.org/10.7326/M15-0571

Danneels, E. (2004). The dynamics of product innovation and firm competences. *Journal of Product Innovation Management, 21*(2), 134-152. https://doi.org/10.1111/j.0737-6782.2004.00076.x

Deloitte. (2018). *Global health care outlook: The evolution of smart healthcare*. https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2018.pdf

De Soto, H. (2001). *El misterio del capital: Por qué el capitalismo triunfa en occidente y fracasa en el resto del mundo*. Editorial Diana.

De Almeida Pereira, S., Garcia Imbrizi, F., Demite Gonçalves de Freitas, A., & Aparecido Alvarenga, M. (2015). Business model as an inducer of disruptive innovations: The case of Gol Airlines. *International Journal of Innovation, 3*(2), 28-42. https://doi.org/10.5585/iji.v3i2.24

Dellaferrera, D. (2014). Cinco tendencias disruptivas de los sistemas de salud [Five disruptive trends in health systems]. *Revista Hospitalaria de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 16*(96), 4-11. https://hospitalaria.achc.org.co/revista/edicion-096.html

Dzimba, E., & van der Poll, J. A. (2024). Disruptive innovation capability in resource-constrained environments: The role of strategic posture and human capital. *Sustainable Futures, 8*, 100326. https://doi.org/10.1016/j.sftr.2024.100326

Dileep, K., Chung, J. F., & Govindarajo, N. S. (2019). Technology disruption and business performance in SMEs. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 4*(17), 130-138.

Drouin, J. P., Hediger, V., & Henke, N. (2008). Health care costs: A market-based view. *McKinsey Quarterly*, 4, 1-10. https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20systems%20and%20services/pdfs/healthcare-costs-a-market-based-view.pdf

Drucker, P. F. (1985). La economía mundial cambiante [The changing world economy]. *Foreign Affairs, 64*(4), 768-791. https://www.foreignaffairs.com/articles/1986-03-01/changed-world-economy

Evans, S., Vladimirova, D., Holgado, M., Van Fossen, K., Yang, M., Silva, E. A., & Barlow, C. Y. (2017). Business model innovation for sustainability: Towards a unified perspective for creation of sustainable business models. *Business Strategy and the Environment, 26*(5), 597-608. https://doi.org/10.1002/bse.1939

Fernández, E., & Valle, S. (2018). Tecnología disruptiva: La derrota de las empresas establecidas [Disruptive technology: The defeat of established companies]. *Innovar, 28*(70), 9-21. https://doi.org/10.15446/innovar.v28n70.74404

Ferrer, C., Orozco, D., & Román, P. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* [Strategy for addressing chronicity in the National Health System]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Ferlito, R., & Faraci, R. (2022). Business model innovation for sustainability: A new framework. *Innovation & Management Review, 19*(3), 222-236. https://doi.org/10.1108/INMR-07-2021-0125

Ficery, K. (2015). *US retail health clinics expected to nearly double by 2017 according to Accenture analysis*. Accenture. https://www.accenture.com/t20160103T202519__w__/us-en/_acnmedia/Accenture/Conversion-Assets/DotCom/Documents/Global/PDF/Industries_18/Accenture-Retail-Health-Clinics-POV.pdf

Flessa, S., & Huebner, C. (2021). Innovations in health care—A conceptual

framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(19), Article 10026. https://doi.org/10.3390/ijerph181910026

Fortune Business Insights. (2023). *U.S. retail clinics market share & COVID-19 impact*. https://www.fortunebusinessinsights.com/u-s-retail-clinics-market-106419

Foster, R. N., & Kaplan, S. (2001). Creative destruction. *The McKinsey Quarterly*, *3*, 41-51. https://www.mckinsey.com/capabilities/strategy-and-corporate-finance/our-insights/creative-destruction

Fong Reynoso, C., Flores Valenzuela, K. E., & Cardoza Campos, L. M. (2017). La teoría de recursos y capacidades: Un análisis bibliométrico. *Nova Scientia, 9*(19), 411-440. http://dx.doi.org/10.21640/ns.v9i19.739

Fottler, M. D., & Malvey, D. M. (2010). *The retail revolution in health care*. Praeger. https://doi.org/10.13140/2.1.3874.3688

Gallegos Paz, V., & Reyes Camacho, J. (2008). *Innovación disruptiva: Análisis del caso "Salinas Motors" Cholula, Puebla, México* [Disruptive innovation: Analysis of the "Salinas Motors" case in Cholula, Puebla, Mexico]. Universidad de las Américas Puebla. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lmk/gallegos_p_va/capitulo2.pdf

García, F. (2012). *Conceptos sobre innovación*. Asociación Colombiana de Facultades de Ingeniería. https://www.acofi.edu.co/wp-content/uploads/2013/08/DOC_PE_Conceptos_Innovacion.pdf

Garcia, R., & Calantone, R. (2002). A critical look at technological innovation typology and innovativeness terminology: A literature review. *Journal of Product Innovation Management, 19*(2), 110-132. https://doi.org/10.1016/S0737-6782(01)00132-1

Garzón, D., & Dueñas, Y. (2014). *Propuesta de negocio "Health & Precision"* (Tesis de pregrado). Universidad Sergio Arboleda. http://hdl.handle.net/11232/903

Gassmann, O., & Frankenberger, K. (2014). *El navegador de modelos de negocio: 55 modelos que revolucionarán su negocio*. Pearson.

Geldes, C., & Hurtado, J. (2017). ¿Qué tipo de innovación desarrollar?. *Revista Gestión y Tendencias, 2*(3), 12-25. https://doi.org/10.11565/gesten.v2i3.47

GETEC. (2008). *Gestión de la tecnología*. Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación, Universidad Politécnica de Madrid. http://www.getec.etsit.upm.es/docencia/gtecnologia/gtecnologia.htm

Geroski, P. A. (1999). *The growth of firms in theory and in practice* (Vol. 2092). Centre for Economic Policy Research.

Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013). La atención primaria de salud: Desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria, 45*(7), 384-392. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016

Gholampour Rad, M. (2017). Disruptive innovation in media industry ecosystem and need for improving managerial cognitive capabilities in polymediation era. *Cogent Business & Management, 4*(1), Article 1352183. https://doi.org/10.1080/23311975.2017.1352183

Global Economy. (2019). *Gasto en salud por países - datos del Banco Mundial* [Health expenditure by country - World Bank data]. https://www.theglobaleconomy.com/data_tools.php

Glotko, A. V., Polyakova, A. G., & Kuznetsova, M. Y. (2020). Main trends in government regulation of sectoral digitalization [Principales tendencias de la regulación gubernamental de la digitalización sectorial]. *Entrepreneurship and Sustainability Issues, 7*(3), 2181-2195. https://doi.org/10.9770/jesi.2020.7.3(48)

Godin, B. (2006). The linear model of innovation: The historical construction of an analytical framework. *Science, Technology, & Human Values, 31*(6), 639-667. https://doi.org/10.1177/0162243906291865

Gopalakrishnan, S., & Damanpour, F. (1997). A review of innovation research in economics, sociology and technology management. *Omega, 25*(1), 15-28. https://doi.org/10.1016/S0305-0483(96)00043-6

Govindarajan, V., & Kopalle, P. K. (2006). Disruptiveness of innovations: Measurement and assessment of reliability and validity. *Strategic Management Journal, 27*(2), 189-199. https://doi.org/10.1002/smj.511

Govindarajan, V., Kopalle, P. K., & Danneels, E. (2011). The effects of mainstream and emerging customer orientations on radical and disruptive innovations. *Journal of Product Innovation Management, 28*(s1), 121-132. https://doi.org/10.1111/j.1540-5885.2011.00865.x

Govindarajan, V., & Trimble, C. (2013). *Innovación inversa*. Carvajal Educación.

Govindarajan, V. (2016). *The three-box solution: A strategy for leading innovation*. Harvard Business Review Press.

Grant, R. M. (1991). The resource-based theory of competitive advantage: Implications for strategy formulation. *California Management Review, 33*(3), 114-135. https://doi.org/10.2307/41166664

Grant, R. M. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal, 17*(S2), 109-122. https://doi.org/10.1002/smj.4250171110

Guenther, P., Guenther, M., Ringle, C. M., Zaefarian, G., & Cartwright, S. (2023). Improving the use of PLS-SEM in business marketing research. *Industrial Marketing Management, 111*, 127-142. https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2023.03.010

Gularso, K., Mursitama, T. N., Heriyati, P., & Simatupang, B. (2020). Disruptive business model innovation in Indonesia digital startups. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities, 28*(2), 847-865. http://www.pertanika.upm.edu.my/pjssh/browse/regular-issue?article=JSSH-28-2-6

Guo, X., Sun, W., Shi, Q., & Mu, R. (2024). Study of influence factors for disruptive innovation in equipment manufacturing enterprises. In J. Tan, Y. Liu, H. Z. Huang, J. Yu, & Z. Wang (Eds.), *Advances in mechanical design: ICMD 2023* (pp. 25-40). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-97-0922-9_3

Guo, J., Pan, J., Guo, J., Gu, F., & Kuusisto, J. (2019). Measurement framework for assessing disruptive innovations. *Technological Forecasting and Social Change, 139*, 250-265. https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.10.015

Guo, Y., Cao, Y., Qu, Y., & Tseng, M.-L. (2022). Developing sustainable business model innovation through stakeholder management and dynamic capability: A longitudinal case study. *Journal of Cleaner Production, 372*, 133626. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.133626

Gustafson, P., & Koff, W. (2010). *The future of healthcare: It's health, then care* [El futuro de la salud es la salud, luego la atención]. CSC Leading Edge Forum. https://e-health-com.de/fileadmin/user_upload/dateien/Downloads/LEF-Report_The_Future_of_Healthcare.pdf

Gutiérrez Martínez, J. A., & Febles Estrada, A. (2019). Las tecnologías disruptivas y su aplicación en la medicina con vistas al 2030. *Revista Cubana de Salud Pública, 45*(4), e1563. https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n4/e1563/es/

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). Sage. ISBN 978-1483377445

Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review, 31*(1), 2-24. https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Castillo-Apraiz, J., Cepeda-Carrión, G., & Roldán, J. L. (2019). *Manual de partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). OmniaScience. https://doi.org/10.3926/oss.37

Hang, C. C., Chen, J., & Subramanian, A. M. (2010). Developing disruptive products for emerging economies: Lessons from Asian cases. *Research-Technology Management, 53*(4), 21-26. https://doi.org/10.1080/08956308.2010.11657637

Hart, S., & Christensen, C. M. (2002). The great leap: Driving innovation from the base of the pyramid. *MIT Sloan Management Review, 44*(1), 51-56. https://doi.org/10.1162/002224402320243382

Haririan, S. (2023). *The commercialization of healthcare accessibility* (Tesis doctoral, California State University, Northridge). ProQuest Dissertations and Theses Global.

Hamel, G., & Prahalad, C. K. (1990). The core competence of the corporation. *Harvard Business Review, 68*(3), 79-91. https://doi.org/10.1016/0024-6301(90)90010-S

Hamel, G., & Prahalad, C. K. (1996). *Competing for the future*. Harvard Business School Press.

Hefner, J. L., Al-Amin, M., Huerta, T. R., Aldrich, A. M., & Griesenbrock, T. E. (Eds.). (2020). *Transforming health care: A focus on consumerism and profitability*. Emerald Publishing.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.

Hernández, J. S., & Ibarra Mirón, S. (2002). La teoría de los recursos y las capacidades: Un enfoque actual en la estrategia empresarial. In *Anales de estudios económicos y empresariales* (Vol. 15, pp. 63-89). Servicio de Publicaciones.

Heikkilä, M., Saarni, J., Kaartemo, V., & Koponen, A. (2015). Radar de viabilidad: Una herramienta práctica para evaluar la viabilidad de las innovaciones de servicios transformadores en un contexto sanitario. *Technology Innovation Management Review, 5*(5), 17-30. https://doi.org/10.22215/timreview/895

Henderson, R. M., & Clark, K. B. (1990). Architectural innovation: The reconfiguration of existing product technologies and the failure of established firms. *Administrative Science Quarterly, 35*(1), 9-30. https://doi.org/10.2307/2393549

Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science, 43*(1), 115-135. https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8

Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science, 43*(1), 115-135. https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8

Ho, J. C. (2021). Disruptive innovation from the perspective of innovation diffusion theory. *Technology Analysis & Strategic Management, 34*(4), 363-376. https://doi.org/10.1080/09537325.2021.1901873

Hoyle, R. H., & Gottfredson, N. C. (2015). Sample size considerations in prevention research applications of multilevel modeling and structural equation modeling. *Prevention Science, 16*(7), 987-996. https://doi.org/10.1007/s11121-014-0489-8

Hoyle, R. H. (Ed.). (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. Sage Publications.

Hwang, J., & Christensen, C. M. (2008). Disruptive innovation in health care delivery: A framework for business-model innovation. *Health Affairs, 27*(5), 1329-1335. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1329

Hwang, J. (2009). The innovator's prescription: An examination of the future of health care through the lenses of disruptive innovation. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 133*(4), 513-520. https://doi.org/10.1043/1543-2165-133.4.513

Huesig, S., Timar, K., & Doblinger, C. (2014). The influence of regulation and disruptive potential on incumbents' submarket entry decision and success in the context of a network industry. *Journal of Product Innovation Management, 31*(5), 1039-1056. https://doi.org/10.1111/jpim.12143

Hunt, S. (2009). Competitive advantage strategies in times of adversity. *Journal of Customer Behaviour, 8*(2), 137-151. https://doi.org/10.1362/147539209X459769

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuario en Salud*. https://www.inei.gob.pe/

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Acceso a seguros de salud* (Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO). https://www.inei.gob.pe/

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Condiciones de vida de la población* (Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, octubre-diciembre 2017).https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3171230/Condiciones%20de%20Vida%20en%20el%20Per%C3%BA%3A%20Octubre%20-%20Noviembre%20-%20Diciembre%202017.pdf

Iriye, B. K., & Keller, J. D. (2022). Consumerism has a voice in health care. *Contemporary OB/GYN, 67*(4), 30-34.

https://www.contemporaryobgyn.net/view/consumerism-has-a-voice-in-health-care

Jensen, K. (2017, 15 de junio). Is health care ready for disruptive innovation? *Health Professions Network*. https://hpnonline.org/is-health-care-ready-for-disruptive-innovation-part-one/

Jerab, D., & Mabrouk, T. (2023). *Achieving competitive advantage through cost leadership strategy: Strategies for sustainable success*. SSRN. https://ssrn.com/abstract=4574945

Jiménez Naranjo, H. (2015). *Análisis del impacto socioeconómico de los eventos deportivos* (Tesis doctoral, Universidad de Extremadura). http://hdl.handle.net/10662/3399

Kaissi, A. (2016). Health care retail clinics: Current perspectives. *Innovation and Entrepreneurship in Health, 3*, 47-55. https://doi.org/10.2147/IEH.S88610

Karimi, J., & Walter, Z. (2016). Corporate entrepreneurship, disruptive business model innovation adoption, and its performance: The case of the newspaper industry. *Long Range Planning, 49*(3), 342-360. https://doi.org/10.1016/j.lrp.2015.09.004

Kasztler, A., Apilo, T., Borowiecky, M., Budde, B., Leitner, K.-H., Paasi, J., Valkokari, P., Weber, M., & Zahradnik, G. (2012). *Practices, future requirements and building blocks of a new innovation model*. VTT Technical Research Centre of Finland. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21043.02086

Kawamoto, C. T., & Giovinazzo Spers, R. (2019). A systematic review of the debate and the researchers of disruptive innovation. *Journal of Technology Management & Innovation, 14*(1), 73-82. https://doi.org/10.4067/S0718-27242019000100073

Kachaner, N., Lindgardt, Z., & Michael, D. (2011). Innovating low-cost business models. *Strategy & Leadership, 39*(2), 43-48. https://doi.org/10.1108/10878571111114464

Kerlinger, F. N. (1975). *Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología* (4ª ed.). McGraw-Hill.

Kim, W. C., & Mauborgne, R. A. (2014). *Blue ocean strategy, expanded edition: How to create uncontested market space and make the competition irrelevant*. Harvard Business Review Press.

King, A., & Baatartogtokh, B. (2015). How useful is the theory of disruptive innovation? *MIT Sloan Management Review, 57*(1), 77-90. https://sloanreview.mit.edu/article/how-useful-is-the-theory-of-disruptive-innovation/

Kim, S., Parboteeah, K. P., Cullen, J. B., & Liu, W. (2020). Disruptive innovation and national cultures: Enhancing effects of regulations in emerging markets. *Journal of Engineering and Technology Management, 57*, 101586. https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2020.101586

Knapp, K., Yoshizuka, K., Sasaki-Hill, D., & Caygill-Walsh, R. (2019). Co-located retail clinics and pharmacies: An opportunity to provide more primary care. *Pharmacy, 7*(3), 74. https://doi.org/10.3390/pharmacy7030074

Kumar, A. (2020). Disruptive technologies and impact on industry: An exploration. *Journal of Business Management and Information Systems, 7*(1), 1-10.https://doi.org/10.48001/jbmis.2020.0701001

Laws, M., & Scott, K. M. (2008). The emergence of retail-based clinics in the United States: Early observations. *Health Affairs, 27*(5), 1293-1298. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1293

Livieratos, A. D., Tsekouras, G., Vanhaverbeke, W., & Angelakis, A. (2022). Open innovation moves in SMEs: How European SMEs place their

bets? *Technovation, 117*, 102591. https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102591

Liu, Z., Shi, Y., & Yang, B. (2022). Open innovation in times of crisis: An overview of the healthcare sector in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity, 8*(1), 21. https://doi.org/10.3390/joitmc8010021

Liu, W., Liu, R.-H., Chen, H., & Mboga, J. (2020). Perspectives on disruptive technology and innovation: Exploring conflicts and characteristics in emerging economies. *International Journal of Conflict Management, 31*(3), 313-331. https://doi.org/10.1108/IJCMA-09-2019-0172

López Pérez, R. (2012). *Innovación del modelo de negocio: Propuesta de un modelo holístico* [Business model innovation: Proposal of a holistic model] (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/7825/43365_lopez_perez_ricardo.pdf

López, K. S., & González, G. T. (Eds.). (2014). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales*. Tirant Humanidades.

López Toro, G. C. (2019). *Dificultades para el desarrollo de la innovación empresarial en Suecia, Colombia, Chile, Brasil, México y Costa Rica* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. http://hdl.handle.net/20.500.12494/13483

Llorens, G. (2010). *Innovación y estrategia* (Documento de trabajo No. 1634896). SSRN. https://doi.org/10.2139/ssrn.1634896

Luna, J. P. S. (2016). Gestión de la innovación empresarial: Un enfoque multinivel. *360: Revista de Ciencias de la Gestión*, *1*(1), 16–36.

Malik, A., Kumar, S., Basu, S., & Bebenroth, R. (2023). Managing disruptive technologies for innovative healthcare solutions: The role of high-

involvement work systems and technologically-mediated relational coordination. *Journal of Business Research, 161*, 113828. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.113828

Markides, C. C. (1997). Innovación estratégica. *Sloan Management Review, 38*(3), 9–23.

Markides, C. (2006). Disruptive innovation: In need of better theory. *Journal of Product Innovation Management, 23*(1), 19–25.

Markides, C., & Oyon, D. (2010). Qué hacer contra modelos de negocio disruptivos (cuándo y cómo jugar dos juegos a la vez). *MIT Sloan Management Review, 51*(4), 25–32.

Martínez Ávila, M., & Fierro Moreno, E. (2018). Aplicación de la técnica PLS-SEM en la gestión del conocimiento: Un enfoque técnico práctico. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 8*(16), 130–164. https://doi.org/10.23913/ride.v8i16.336

Martínez Vergara, S., & Valls-Pasola, J. (2020). Clarifying the disruptive innovation puzzle: A critical review. *European Journal of Innovation Management*. Advance online publication. https://doi.org/10.1108/EJIM-07-2019-0198

Marx, E. W., & Padmanabhan, P. (2020). *Healthcare digital transformation: How consumerism, technology and pandemic are accelerating the future*. Productivity Press. https://doi.org/10.4324/9781003035695

Mathison, L., Gándara, J., Primera, C., & García, L. (2007). Innovación: Factor clave para lograr ventajas competitivas. *Negotium, 3*(7), 65–83.

Mahoney, J. T., & Pandian, J. R. (1992). La perspectiva basada en recursos en el debate sobre la gestión estratégica. *Strategic Management Journal, 13*(5), 363–380.

Mendoza, J. M. (2018). Epistemología de la administración: Objeto, estatuto, desarrollo disciplinar y método. *Revista Científica Pensamiento y*

Gestión, 45, 1657–6276. https://doi.org/10.14482/pege.45.10103

Mejía-Trejo, J., & Sánchez-Gutiérrez, J. (2014). Factores determinantes de la innovación del modelo de negocios en la creación de ventaja competitiva. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle, 11*(42), 105–128. https://doi.org/10.26457/recein.v11i42.679

McGrath, R. G. (2013). *The end of competitive advantage: How to keep your strategy moving as fast as your business*. Harvard Business Review Press.

McGee, J., & Sammut-Bonnici, T. (2015). Estrategia competitiva. En *Gestión estratégica* (Vol. 12).

MINSA – Ministerio de Salud. (2011). *Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico*. Dirección General de Salud de las Personas, Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321929-modelo-de-atencion-integral-en-

Mishra, S., & Jain, K. (2025). Innovations in healthcare: A systematic literature review. *Journal of Business Research, 194*, 115364. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2025.115364

Mitchell, D. W., & Coles, C. B. (2003). Avances innovadores en la innovación de modelos de negocios. *Journal of Business Strategy, 25*(1), 16–26.

Mount, M. P. (2012). *The mechanisms that drive disruptive innovation* [Working paper]. University of York Management School. https://www.york.ac.uk/media/management/documents/disruption-4.pdf

Moriro, D. L. (2018). *Innovación disruptiva y ventaja competitiva de las grandes empresas de telecomunicaciones en el condado de Nairobi, Kenia* [Tesis de maestría, Universidad de Nairobi]. Universidad de Nairobi Repositorio

Institucional. http://hdl.handle.net/11295/105956

Montoya Bayardo, M. Á., Cervantes Zepeda, M., & Lemus Delgado, D. (2018). De la innovación frugal a la innovación inversa: El caso del modelo farmacia-doctor en el sector salud en México. *Intersticios Sociales*, (15), 117–140. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-49642018000100117&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Montoya Suárez, O. (2004). Schumpeter, innovación y determinismo tecnológico. *Scientia et Technica, 2*(25), 209–213. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4842897.pdf

Nagy, D., Schuessler, J., & Dubinsky, A. (2016). Defining and identifying disruptive innovations. *Industrial Marketing Management, 57*, 119–126. https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2015.11.017

Navarro, M. J. (2023). El fenómeno de la informalidad en el Perú: Desafíos y oportunidades para la seguridad nacional. *Revista Cuadernos de Trabajo*, (25). https://doi.org/10.58211/cdt.vi25.62 Disponible en http://revistas.caen.edu.pe/index.php/cuadernodetrabajo/article/view/62

Nielsen, C. (2023). Cómo afecta la regulación a la innovación del modelo de negocio. *El futuro de la innovación en modelos de negocio: Temas centrales y tecnologías clave, 11*(3). https://doi.org/10.54337/jbm.v11i3.8127

Nogueira, F. M. D., Rainho, M. J. de M., & Silva, L. F. C. V. (2013). Knowledge and satisfaction – two premises for healthcare service innovation and development: The perspective of UCSPVR users. *International Journal of Innovation and Learning, 14*(3–4), 383–404. https://doi.org/10.1504/IJIL.2013.056234

Nueno, P., Kalthoff, O., & Nonaka, I. (1998). *La luz y la sombra: La innovación en la empresa y sus formas de gestión*. Deusto.

Nonaka, I., & Takeuchi, T. (1995). *The knowledge creating company*. Oxford University Press.

OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2005). *Manual de Oslo: Guía para la recogida e interpretación de datos sobre innovación* (3.ª ed.). OECD Publishing.

OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, & Eurostat. (2018). *Oslo Manual 2018: Guidelines for collecting, reporting and using data on innovation* (4th ed.). OECD Publishing; Eurostat. https://doi.org/10.1787/9789264304604-en

OMS – Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas mundiales: Una mina de información sobre salud pública mundial 2014* (Ref. WHO/HIS/HSI/14.1). World Health Organization. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/

OMS – Organización Mundial de la Salud. (2008). *World health statistics 2008* (p. 30). World Health Organization. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Hospitales en redes integradas de servicios de salud: Recomendaciones estratégicas*. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49098/9789275320044-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Generación de modelos de negocio: Un manual para visionarios, revolucionarios y desafiantes*. John Wiley & Sons.

Osiyevskyy, O., & Dewald, J. (2015). Cambio en el modelo de negocio

explorativo versus explotador: Los antecedentes cognitivos de las respuestas de la empresa a la innovación disruptiva. *Strategic Entrepreneurship Journal, 9*(1), 58–78.

Robles, B. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Pueblo Continente, 29*(1), 193–197.

Pandit, D., Gupta, R. K., Sahay, A., & Joshi, M. P. (2017). Disruptive innovation through a dynamic capabilities lens: An exploration of the auto component sector in India. *International Journal of Indian Culture and Business Management, 14*(1), 109–130. https://doi.org/10.1504/ijicbm.2017.10000835

Pacheco, F., Klein, A., & Righi, R. (2016). Modelos de negociación para productos y servicios básicos en Internet: La revisión de la literatura y las oportunidades de futuro. *Revista de Gestão, 23*(1), 41–51.

Paterick, Z. R., Pradhan, S. R., Paterick, T. E., & Waterhouse, B. E. (2009). Changing perspectives in medical practice: Disruptive innovation. *The Journal of Medical Practice Management: MPM, 24*(5), 290–292. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:33696915

Parish, J. M. (2015). El paciente lo verá ahora: El futuro de la medicina está en sus manos. *Revista de Medicina Clínica del Sueño: JCSM, publicación oficial de la Academia Americana de Medicina del Sueño, 11*(6), 689–690. https://doi.org/10.5664/jcsm.4788

Pascale, R. (2005). *Gestión del conocimiento, innovación y productividad: Exploración del caso de la industria manufacturera uruguaya* [Tesis doctoral, Universitat Oberta de Catalunya]. Repositorio UOC. http://openaccess.uoc.edu

Pastor Pérez, M. P., & Balbinot, Z. (2021). Innovación social y frugal: ¿De qué estamos hablando? *Innovar, 31*(81), 101–114. https://doi.org/10.15446/innovar.v31n81.95576

Penrose, E. T. (1959). *The theory of the growth of the firm*. John Wiley & Sons.

Pereira, S. F., & Camacho, J. (2016). *Revisión sistemática: Modelos innovadores disruptivos en la prestación de los servicios de salud entre los años 2004 y 2014* [Tesis de maestría, Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas]. http://hdl.handle.net/10554/19456

Pérez, J. (2015). El positivismo y la investigación científica. *Revista Empresarial, ICE-FEE-UCSG, 9*(1390), 29–34.

Pérez, R. L. (2012). *Innovación en el modelo de negocio: Propuesta de un modelo holístico* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].

Perleth, M., Di Bidino, R., Huang, L.-Y., Rogowski, W., Merlin, T., & Wild, C. (2022). Disruptive technologies in health care disenchanted: A systematic review of concepts and examples. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 38*(1), e70. https://doi.org/10.1017/S0266462322000307

Petrera, M. (2012). *Seguro Integral de Salud y protección social en el Perú, 2004–2010* [Tesis doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2012/sis_petrera.pdf?ua=1

Peteraf, M. A. (1993). The cornerstones of competitive advantage: A resource-based view. *Strategic Management Journal, 14*(3), 179–191.

Petzold, N., Landinez, L., & Baaken, T. (2019). Disruptive innovation from a

process view: A systematic literature review. *Creativity and Innovation Management, 28*(2), 157–174. https://doi.org/10.1111/caim.12313

Phills, J. A., Deiglmeier, K., & Miller, D. T. (2008). Rediscovering social innovation. *Stanford Social Innovation Review, 6*(4), 34–44. https://ssir.org/articles/entry/rediscovering_social_innovation

Pisano, G. P. (2015). You need an innovation strategy. *Harvard Business Review, 93*(6), 44–54. https://hbr.org/2015/06/you-need-an-innovation-strategy

Polites, G. L., Roberts, N., & Thatcher, J. (2012). Conceptualización de modelos utilizando constructos multidimensionales: Una revisión y directrices para su uso. *European Journal of Information Systems, 21*(1), 22–48. https://doi.org/10.1057/ejis.2011.10

Porter, M. (1980). *Competitive strategy*. The Free Press.

Porter, M. (1991). *La ventaja competitiva de las naciones* (Edición en español). Javier Vergara Editor.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). La estrategia que solucionará el problema de la atención sanitaria. *Harvard Business Review, 91*(10), 50–70.

Potluri, R. M., & Johnson, S. (2023). Healthcare consumerism and implications for care delivery. En L. Raimi & I. A. Oreagba (Eds.), *Medical entrepreneurship* (pp. 199–211). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-19-6696-5_13

Portillo, A. F. (2016). *Factores determinantes para la elaboración de un modelo de éxito de la empresa en el medio digital* [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura]. http://dehesa.unex.es/xmlui/handle/10662/5146

Priego-Álvarez, H. (2005). Implicación y conocimiento en la actitud del usuario

durante el proceso de consumo sanitario. *Salud en Tabasco, 11*(3), 400–403.

Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). The Free Press.

Pucihar, A., Lenart, G., Borštnar, M. K., Vidmar, D., & Marolt, M. (2020). Drivers and outcomes of business model innovation—Micro, small and medium-sized enterprises perspective. *Sustainability (Switzerland), 11*(2), 344. https://doi.org/10.3390/su11020344

Reinhardt, R., & Gurtner, S. (2011). Facilitación de innovaciones disruptivas mediante el uso de métodos de análisis de clientes. *Review of Managerial Science, 5*(3), 291–307. https://doi.org/10.1007/s11846-011-0069-2

Reinhardt, R., & Gurtner, S. (2015). Differences between early adopters of disruptive and sustaining innovations. *Journal of Business Research, 68*(1), 137–145. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2014.04.007

Richter, N. F., Cepeda-Carrion, G., Roldán Salgueiro, J. L., & Ringle, C. M. (2016). European management research using partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). *European Management Journal, 34*(6), 589–597.

Ringle, C. M., Wende, S., & Becker, J.-M. (2022). *SmartPLS 4.* SmartPLS GmbH.

Salazar, R. (2011). Primer eslabón. *Revista Semana Económica, 26*(1261), 4-6.

Sainio, L.-M. (2004). A framework for analysing the effects of new, potentially disruptive technology on a business model case: Bluetooth. *International Journal of Electronic Business, 2*(1), 255–273. https://doi.org/10.1504/IJEB.2004.005141

Sanz, S., Ruiz, C., & Aldás, J. (2008). La influencia de la dependencia del

medio en el comercio electrónico B2C: Propuesta de un modelo integrador aplicado a la intención de compra futura en Internet [The influence of media dependency on B2C e-commerce: Proposal of an integrative model applied to future online purchase intention]. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa, 36*, 45–76.

Santos, J., Spector, B., & Van der Heyden, L. (2009). *Hacia una teoría de la innovación de modelos de negocios dentro de las empresas en ejercicio* [Documento de trabajo]. INSEAD, Instituto Europeo de Administración de Asuntos.

Sarangdhar, V., Awate, S., & Mudambi, R. (2024). Business model innovations in high-velocity environments. *Journal of Business Research, 183*, 114864. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2024.114864

Sánchez, G. (2017). *Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con Lupus, Puebla* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Puebla].

Schiavone, F., & Ferretti, M. (2021). The FutureS of healthcare. *Futures, 134*, 102849. https://doi.org/10.1016/j.futures.2021.102849

Schlegelmilch, B. B., Diamantopoulos, A., & Kreuz, P. (2003). Strategic innovation: The concept, its drivers, and its strategic outcomes. *Journal of Strategic Marketing, 11*(2), 117–132. https://doi.org/10.1080/0965254032000102948

Setyawati, S. M., Rosiana, M., & Adawiyah, W. R. (2019). Integrating disruptive innovation, competitive advantage, and business networking capability on small business performance in Indonesia. *Performance: Jurnal Personalia, Financial, Operasional, Marketing Dan Sistem Informasi, 26*(11), 39–47. https://doi.org/10.20884/1.jp.2019.26.1.1423

Selviaridis, K., & Spring, M. (2025). Innovation intermediation in supply networks: Addressing shortfalls in buyer and supplier capabilities for collaborative innovation. *Journal of Operations Management, 71*(1), 40–80. https://doi.org/10.1002/joom.1345

Sieber, S., & Valor, J. (2007). *Efecto de las innovaciones en la industria*. IESE e-business Center PwC & IESE. https://www.iese.edu/research/pdfs/ESTUDIO-53.pdf

Schumpeter, J. A. (1942). *Capitalism, socialism and democracy* (Vol. 3, p. 167). The Free Press.

Schumpeter, J. (1978). *Teoría del desenvolvimiento económico* (5.ª reimpresión). Fondo de Cultura Económica.

Schiavi, G. S., & Behr, A. (2018). Emerging technologies and new business models: A review on disruptive business models. *Innovation & Management Review, 15*(4), 338–355. https://doi.org/10.1108/INMR-03-2018-0013

Schiavi, G. S., Behr, A., & Marcolin, C. B. (2019). Conceptualización y calificación de modelos de negocio disruptivos. *RAUSP Management Journal, 54*(3), 269–286. https://doi.org/10.1108/RAUSP-09-2018-0075

Schmidt, G. M., & Druehl, C. T. (2008). When is a disruptive innovation disruptive? *Journal of Product Innovation Management, 25*, 347–369.

Schmidt, A. L., & Scaringella, L. (2020). Uncovering disruptors' business model innovation activities: Evidencing the relationships between dynamic capabilities and value proposition innovation. *Journal of Engineering and Technology Management, 57*, 101589. https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2020.101589

Schmidt, A. L., & van der Sijde, P. (2022). Disruption by design? Classification

framework for the archetypes of disruptive business models. *R&D Management, 52*, 893–929. https://doi.org/10.1111/radm.12530

Singh, D. M. S., & Hanafi, N. B. (2019). Disruptive technology and SMEs performance in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 9*(12), 136–148. https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v9-i12/6681

Si, S., & Chen, H. (2020). A literature review of disruptive innovation: What it is, how it works and where it goes. *Journal of Engineering and Technology Management, 56*, 101568. https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2020.101568

Sounderajah, V., Patel, V., Varatharajan, L., Harling, L., Normahani, P., Symons, J., Barlow, J., Darzi, A., & Ashrafian, H. (2021). Are disruptive innovations recognised in the healthcare literature? A systematic review. *BMJ Innovations, 7*(1), 208–216. https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2020-000424

Szwako, A., & Vera, F. (2017). Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay. *Revista Salud Pública del Paraguay, 7*(2), 26–30. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884756/percepcion-de-la-calidad-de-atencion-pb.pdf

Teece, D. J. (2010). Modelos de negocios, estrategia de negocios e innovación. *Long Range Planning, 43*(2–3), 172–194.

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal, 18*(7), 509–533.

Tellis, G. J. (2005). Disruptive technology or visionary leadership? *Journal of Product Innovation Management, 22*(6), 512–517. https://doi.org/10.1111/j.1540-5885.2005.00179.x

Tidd, J., & Bessant, J. (2013). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (5th ed.). Wiley.

Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2005). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Topol, E. J. (2015). *The patient will see you now: The future of medicine is in your hands*. Basic Books.

Topol, E. (2019). *Medicina profunda: Cómo la inteligencia artificial puede humanizar la atención médica*. Hachette UK.

Urbinati, A., Chiaroni, D., Chiesa, V., Franzò, S., & Frattini, F. (2018). An exploratory analysis on the contextual factors that influence disruptive innovation: The case of Uber. *International Journal of Innovation and Technology Management, 15*(3), 1850024. https://doi.org/10.1142/S0219877018500244

Varadarajan, R. (2018). Innovation, innovation strategy, and strategic innovation. En *Innovation and strategy* (*Review of Marketing Research, 15*, pp. 143–166). Emerald Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S1548-643520180000015007

Valdez, H. W., Napanga, S. E., Oyola, G. A., Mariños, A. J., Vilchez, G. A., Medina, O. J., & Berto, G. M. (2013). *Análisis de situación de salud del Perú*. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf

Vásquez-Alva, R., & Amado-Tineo, J. (2016). Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina, 77*(4), 379–385. https://doi.org/10.15381/anales.v77i4.12654

Vidal Ledo, M. J., Carnota Lauzán, O., & Rodríguez Díaz, A. (2019).

Tecnologías e innovaciones disruptivas. *Revista Cubana de Salud Pública, 45*(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000100026

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna, 33*(1), 7–11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2011000100003

Von Hippel, E. A. (1988). *The sources of innovation*. Oxford University Press. http://hdl.handle.net/1721.1/118427

Waty, E., So, I. G., Indrajit, R. E., & Abdinagoro, S. B. (2021). El efecto del ecosistema empresarial y la regulación gubernamental hacia la agilidad empresarial: El papel mediador de la innovación del modelo de negocio en las PYMES. *Actas de la Conferencia Internacional sobre Empresa Familiar y Emprendimiento*. https://doi.org/10.33021/icfbe.v2i1.3580

Wafula, F., Onoka, C., Musiega, A., Nyikuri, M., Barasa, E., Munge, K., Okoth, P., & Tsofa, B. (2022). Healthcare clinic and pharmacy chains in Kenya and Nigeria: A qualitative exploration of the opportunities and risks they present for healthcare regulatory systems. *International Journal of Health Planning and Management, 37*(6), 3329–3343. https://doi.org/10.1002/hpm.3560

Williamson, P. J., Wan, F., Eden, Y., & Linan, L. (2020). Is disruptive innovation in emerging economies different? Evidence from China. *Journal of Engineering and Technology Management, 57*, 101590. https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2020.101590

Witowski, N. (2023). *Retailers in healthcare: A catalyst for provider evolution*.

Definitive Healthcare. https://www.definitivehc.com/sites/default/files/resources/pdfs/Retailers-in-healthcare_A-catalyst-for-provider-evolution.pdf

Wold, H. (1979). Model construction and evaluation when theoretical knowledge is scarce: An example of the use of partial least squares. *Cahiers du Département d'Économétrie*. Genève: Faculté des Sciences Économiques et Sociales, Université de Genève.

World Health Organization. (2020a). *Envejecimiento y salud* [Aging and health fact sheet]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

World Health Organization. (2020b). *Obesidad y sobrepeso* [Obesity and overweight fact sheet]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Wu, X., Ma, R., & Shi, Y. (2010). ¿Cómo capturan valor las empresas que llegan tarde a las tecnologías disruptivas? Una perspectiva secundaria de innovación de modelo de negocio. *IEEE Transactions on Engineering Management, 57*(1), 51–62.

Yadav, S. K., Singh, S., Vijay, T. S., & Singh, S. (2025). Strategic roadmapping for the future of retail healthcare. *Journal of Retailing and Consumer Services, 87*, 104351. https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2025.104351

Yang, M., Evans, S., Vladimirova, D., & Rana, P. (2017). Perspectiva de valor no capturado para la innovación de modelos de negocios sostenibles. *Journal of Cleaner Production, 140*, 1794–1804.

Yu, W., Dai, S., Liu, F., & Yang, Y. (2023). Emparejar caminos de innovación disruptiva con redes empresariales: Una nueva perspectiva sobre el

crecimiento de las empresas emergentes con evidencia china. *Asian Business & Management, 22*(3), 878–902. https://doi.org/10.1057/s41291-022-00177-3

Yu, D., & Hang, C. C. (2010). A reflective review of disruptive innovation theory. *International Journal of Management Reviews, 12*(4), 435–452. https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00272.x

Zhang, K., Wang, J., Feng, L., & Cheng, Y. (2019). The evolution mechanism of latecomer firms value network in disruptive innovation context: A case study of Haier Group. *Technology Analysis & Strategic Management, 31*(12), 1488–1500.

Zhang, F., & Zhu, L. (2021). Social media strategic capability, organizational unlearning, and disruptive innovation of SMEs: The moderating roles of TMT heterogeneity and environmental dynamism. *Journal of Business Research, 133*, 183–193. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.071

Zentner, A. (2015). Disruptive innovation: A catalyst for change in business and market modeling. *SSRN*. https://ssrn.com/abstract=2522812 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2522812

Zhu, Z., & Chen, J. (2012). Balancing explorative and exploitative learning under open innovation: An empirical study in China. *International Journal of Technological Learning, Innovation and Development, 5*(4), 385–407.

Zott, C., Amit, R., & Massa, L. (2011). El modelo de negocio: Desarrollos recientes e investigaciones futuras. *Journal of Management, 37*(4), 1019–1042.

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario

CUESTIONARIO: Factores Habilitadores en la Innovación Disruptiva Retail-Clinic

Es intención del siguiente instrumento es identificar la influencia que tiene el Marco de Factores Habilitadores en la Innovación Disruptiva de una Propuesta de Clínica Minorista (retail-clinic) en el sector salud.
La escala se estructura en dos grandes secciones, en principio la que recaba los datos generales y la segunda que concentra los ítems por cada dimensión explorada.
Para responder cada uno de los planteamientos que se presentan en el instrumento, debe considerarse lo siguiente:

a) Leer cuidadosamente cada uno de los ítems y, responder marcando con una X la opción que usted considere más indicada de acuerdo a la siguiente escala:
(1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) indiferente (4) De acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo.

b) La información que resulte de la aplicación del instrumento, será manejada en forma anónima y confidencial.

SECCIÓN I: DATOS GENERALES		
1. Apellidos y Nombres		
2.- Sexo:	1) Femenino ☐	2) Masculino ☐
3.- Edad:		
1) Menos de 30 años ☐	2) De 30 a 50 años ☐	3) Mas de 50 años ☐
4.- Nivel de instrucción:		
1) No universitario ☐	2) Universitario ☐	3) Posgrado ☐
5.- Número de años de experiencia académica, gestión o emprendimiento, ligada al sector Sector Salud y/o Retail Clinic, en el ámbito público o privado.		
1) 5 a 10 años ☐	2) 10 a 15 años ☐	3) Más de 15 años ☐
6.- Lugar o actividad donde se desempeña actualmente		
1) Empresarial ☐	2) Académico ☐	3) Institucional ☐
Otros (especifique)		

Variables	Ítems	totalmente en desacuerdo.	en desacuerdo	indiferente	de acuerdo	totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
1. Innovación Disruptiva Low Cost *Retail* clinic	A.1. La "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*" atrae clientes que aceptan menos atributos a cambio de un precio más bajo para solucionar sus necesidades esenciales de salud primaria, tanto personales como familiares.					
	A.2 La "innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*" puede atraer clientes dispuestos a adquirir una propuesta innovadora viable, de mayor cercanía, rapidez de atención y accesible al usuario.					
2. Satisfacción del usuario en la Atención Primaria de Salud	B.1 Usuarios insatisfechos con la fiabilidad y capacidad de respuesta limitada de la atención primaria actual son potenciales clientes para alternativas como la "Innovación *Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".*					
	B.2 Usuarios que perciben falta de empatía, seguridad y calidad de infraestructura en la atención primaria actual son potenciales clientes para la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic".*					
3. Consumerismo en salud	C.1 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más empoderado, informado e independiente y que puede ser un potencial consumidor de la propuesta de "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic"*					
	C.2 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, que busca mayor protagonismo en el cuidado de su salud y que puede ser un potencial consumidor de la propuesta de "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*".					
	C.3 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más amigable con las nuevas tecnologías y redes sociales para informarse y decidir sobre su salud y que puede ser un potencial consumidor de la propuesta de "innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*"					

4. Mercado nueva demanda y de baja gama	D.1 Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la oferta de rapidez de atención de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”					
	D.2 Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la cercanía (ubicación) de la oferta “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.					
5. Regulación que facilita el cambio disruptivo	E.1 Considera que las leyes, normas y regulaciones actuales no son favorables(facilitan); pero a su vez, no impiden la innovación en el campo de la salud y específicamente en la “Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*”.					
	E.2 Considera que las políticas y programas del Estado, son escasas y poco efectivas, para la innovación en el campo de la salud y específicamente en la atención primaria de salud y la “Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*”.					
6. Tecnología disruptivas en salud	F1 Considera que las nuevas tecnologías en salud (de bajo costo) son favorables (facilitan) y ayudan a la reducción de costos de los procesos en salud y permiten la “Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*”					
	F.2 Considera que las nuevas tecnologías disruptivas en salud, permiten que el servicio de salud sea más accesible y asequible a una población más amplia a través de la “Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*”.					
7. Ventaja Competitiva	G.1 Consideras que la “Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*”, contribuye a lograr una diferenciación sostenible por su modelo comercial único y a generar una ventaja competitiva					
	G.2 Consideras que la "Innovación Disruptiva *Low Cost- Retail Clinic”* contribuye a desarrollar servicios con altos índices de satisfacción por					

	su accesibilidad y asequibilidad y contribuye a generar una ventaja competitiva.					
8. Fuentes de conocimiento externa	H.1 Consideras que la cooperación profunda con universidades e instituciones de investigación es importante y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic"*					
	H.2 Consideras que la cooperación con los proveedores, usuarios y clientes es importante y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost -Retail Clinic"*					
9. Modelo de Negocios de Bajo Costo (Low Cost)	N.1 Considera que la Propuesta de Valor del Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, es única y diferencial y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost Retail Clinic*"					
	N.2 Considera que el Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, tiene una estructura y procesos estandarizados y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost-Retail Clinic*"					
	N.3 Considera que el modelo de negocios de bajo costo propuesto, tienen una fórmula de rentabilidad viable (márgenes bajos y alta rotación) y contribuye a la "Innovación Disruptiva *Low Cost Retail Clinic*".					

Anexo 2 Validación de Jueces

Registro de Validación de Jueces

CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctor /Doctorando (a) ....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de "Doctor".

El título nombre del proyecto de investigación es: **"MODELO ESTRATEGICO DE INNOVACIÓN DISRUPTIVA DEL SECTOR SALUD: CASO CLINICAS MINORISTAS (RETAIL CLINIC)",** y siendo imprescindible contar con la aprobación de académicos y profesionales especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, debido a su experiencia en innovación y/o sector salud.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Matriz de consistencia
- Instrumento para validar (Cuestionario)
- Matriz de validación por juicio de experto.
- Certificado de validación del instrumento.
- Propuesta de Modelo de Negocio Low Cost "Retail Clinic"

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Apellidos y nombre: Mg. Gustavo Bravo Orellana
D.N.I: 10541754

Activar W
Ve a Configu

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FACTORES HABILITADORES DE LA INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC

OBJETIVO: Evaluar la pertinencia de cada uno de los ítems o reactivos del instrumento

- **DIRIGIDO A:** Expertos en innovación y/o gestión de empresas relacionadas sistema sanitario con competencias y más de 5 años de experiencia

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
				X



APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: QUISPE CANALES Gustavo Raúl

GRADO ACADÉMICO: Doctor en Gestión de Empresas

...27..... de...Marzo. del 2023.

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FACTORES HABILITADORES DE LA INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC

OBJETIVO: Evaluar la pertinencia de cada uno de los ítems o reactivos del instrumento

- **DIRIGIDO A:** Expertos en innovación y/o gestión de empresas relacionadas sistema sanitario con competencias y más de 5 años de experiencia

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
			x	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: ROSA KAROL MOORE TORRES

GRADO ACADÉMICO: Doctora en Administración



11 de mayo del 2023

Firma del Experto Informante.

DNI: 31680729

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FACTORES HABILITADORES DE LA INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC

OBJETIVO: Evaluar la pertinencia de cada uno de los ítems o reactivos del instrumento

- **DIRIGIDO A:** Expertos en innovación y/o gestión de empresas relacionadas sistema sanitario con competencias y más de 5 años de experiencia

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
				X

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Juárez Eyzaguirre José Roger

GRADO ACADÉMICO: Doctor en Farmacia y Bioquímica



Lima 30 de marzo del 2023

Firma del Experto Informante

DNI: 10609613

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FACTORES HABILITADORES DE LA INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC

OBJETIVO: Evaluar la pertinencia de cada uno de los ítems o reactivos del instrumento

- **DIRIGIDO A:** Expertos en innovación y/o gestión de empresas relacionadas sistema sanitario con competencias y más de 5 años de experiencia

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
				X

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: NORIEGA BARDALEZ, FERNANDO

GRADO ACADÉMICO: MAGISTER
Doctorando en Gestión de Empresas



Lima, 03 de abril del 2023

Firma del Experto Informante.

RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: FACTORES HABILITADORES DE LA INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC

OBJETIVO: Evaluar la pertinencia de cada uno de los ítems o reactivos del instrumento

- **DIRIGIDO A:** Expertos en innovación y/o gestión de empresas relacionadas sistema sanitario con competencias y más de 5 años de experiencia

VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO:

DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
		—	X	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: ALVAREZ MERINO, JOSÉ CARLOS

GRADO ACADÉMICO: DOCTOR EN INGENIERÍA DE PRODUCCIÓN

10 de 04 del 2023

Firma del Experto Informante.

DNI: 08051136

Anexo 3 Resultado juicio de expertos – Aplicación de la Prueba V- de Aiken

Variables	Items	Criterios	Jueces						Aiken (V)	Sig. P <0.05
			1 (Juárez)	2 (Noriega)	3 (Quispe)	4 (Moore)	5 (Álvarez)	∑ rspta positivas		
1. Innovación Disruptiva Retail Clinic	A.1. La "Innovación Disruptiva *Low Cost - Retail Clinic*" atrae clientes que aceptan menos atributos a cambio de un precio más bajo para solucionar sus necesidades esenciales de salud primaria, tanto personales como familiares.	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	0	1	1	1	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	A.2 La “innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic” puede atraer clientes dispuestos a adquirir una propuesta innovadora viable, de mayor cercanía, rapidez de atención y accesible al usuario.	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	0	1	1	1	4	0.8	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
2. Satisfacción del usuario en la Atención Primaria de Salud	B.1 Usuarios insatisfechos con la fiabilidad y capacidad de respuesta limitada de la atención primaria actual son potenciales clientes para alternativas como la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".	Claridad	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	0	1	1	1	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
	B.2 Usuarios que perciben falta de empatía, seguridad y calidad de infraestructura en la	Claridad	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00

	atención primaria actual son potenciales clientes para la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".	Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
3. Consumerismo en salud	C.1 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más empoderado, informado e independiente y que puede ser un potencial consumidor de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”	Claridad	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	C.2 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, que busca mayor protagonismo en el cuidado de su salud y que puede ser un potencial consumidor de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	0	1	1	1	1	4	0.8	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	C.3 Presencia de un nuevo tipo de consumidor en salud, más amigable con las nuevas tecnologías y redes sociales para informarse y decidir sobre su salud y que puede ser un potencial consumidor de la “innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	0	1	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
4. Mercado nueva demanda y de baja gama	D.1 Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	0	1	1	1	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00

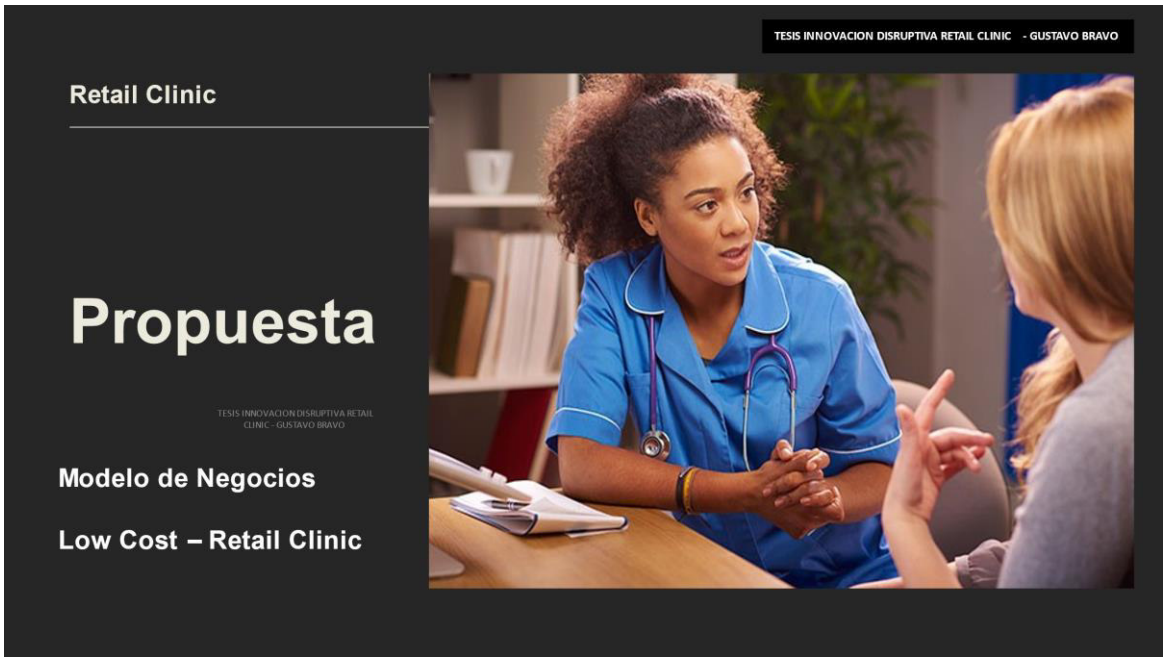
	la oferta de rapidez de atención de la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic"									
	D.2 Presencia de potenciales nuevos consumidores o de baja gama (poca capacidad de pago) que actualmente son usuarios de los servicios de salud primario privados, pueden ser atraídos por la cercanía (ubicación) de la oferta "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
5. Regulación que facilita el cambio disruptivo	E.1 Considera que las leyes, normas y regulaciones actuales no son favorables(facilitan); pero a su vez, no impiden la innovación en el campo de la salud y específicamente en la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".	Claridad	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	E.2 Considera que las políticas y programas del Estado, son escasas y poco efectivas, para la innovación en el campo de la salud y específicamente en la atención primaria de salud y la "Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic".	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		ContrIbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
6. Tecnología disruptivas en salud	F1 Considera que las nuevas tecnologías en salud (de bajo costo) son favorables (facilitan) y ayudan a la reducción de costos de los procesos en salud y	Claridad	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00

	permiten la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”	Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	F.2 Considera que las nuevas tecnologías disruptivas en salud, permiten que el servicio de salud sea más accesible y asequible a una población más amplia a través de la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”.	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
7. Ventaja Competitiva	G.1 Consideras que la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”, contribuye a lograr una diferenciación sostenible por su modelo comercial único y a generar una ventaja competitiva	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	0	1	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	G.2 Consideras que la "Innovación Disruptiva Low Cost- Retail Clinic” contribuye a desarrollar servicios con altos índices de satisfacción por su accesibilidad y asequibilidad y contribuye a generar una ventaja competitiva.	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
8. Fuentes de conocimiento externa	H.1 Consideras que la cooperación profunda con universidades e instituciones de investigación es importante y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic”	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	0	1	1	1	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	H.2 Consideras que la cooperación con los	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00

	usuarios y clientes es importante y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost - Retail Clinic"	Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
9. Modelo de Negocios de	N.1 Considera que la Propuesta de Valor del Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, es única y diferencial y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic”	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	N.2 Considera que el Modelo de Negocios de bajo costo propuesto, tiene una estructura y procesos estandarizados y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost-Retail Clinic”	Claridad	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
	N.3 Considera que el modelo de negocios de bajo costo propuesto, tienen una fórmula de rentabilidad viable (márgenes bajos y alta rotación) y contribuye a la “Innovación Disruptiva Low Cost Retail Clinic”.	Claridad	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Coherencia interna	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Sesgo	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
		Redacción Adecuada	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Relevancia	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contribuye a los objetivos	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Contrlbuye a medir el constructo	1	1	1	1	1	5	1	0.00
		Suficiencia	1	1	1	1	0	4	0.8	0.00
			165	**161**	**166**	**164**	**113**		**0.93**	

Anexo 4 Propuesta de Modelo de Negocios

Low Cost *Retail Clinic*





TESIS INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC - GUSTAVO BRAVO

Propuesta de Valor



Atención sanitaria básica

Sitios de cuidado ambulatorio que proveen servicios básicos de detección, diagnóstico y tratamiento.

TESIS INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC - GUSTAVO BRAVO

Características del servicio

Servicio médico de bajo costo , cómodo, rápido , seguro y agradable.

Locales

Pequeño tamaño (bajo costo), ubicadas en lugares céntricos y muy accesibles .

Protocolos de Salud

Diagnósticos en base a protocolos definidos, guías clínicas y evidencia científica contrastada para el manejo de una patología (sencilla).

Horarios

Presentan amplios horarios de atención al paciente

Precios previamente definidos

Los precios de consulta y cada tratamiento están expuestos a la vista del potencial cliente, lo que aporta transparencia.

TESIS INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC - GUSTAVO BRAVO

Procesos clave



Consulta médica

Consulta médica general

TESIS INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC - GUSTAVO BRAVO

Telemedicina

Consulta médica de especialidades (telemedicina)

Servicios diagnósticos complementarios

Análisis clínicos básicos
Servicio de imágenes (ecografía portátil)

Despistaje (pruebas rápidas)

Diabetes, hipertensión, TBC, gastritis, enfermedades transmisibles, otros.

Intervenciones menores

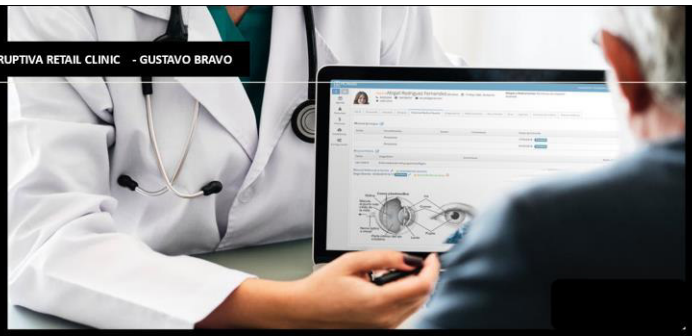
Nebulizaciones (asmáticos)
Lavado de oídos, curación de quemaduras y heridas leves, otros

Promoción de la Salud

Vacunaciones
Programas de seguimiento del niño sano
Programas de seguimiento diabetes e hipertensión

TESIS INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC - GUSTAVO BRAVO

Recursos Claves



Personal

Médico general (1)
Enfermera (1)

Médicos especialistas por telemedicina

Tecnología en Salud

Sistema de Telemedicina

Sistema de información (ficha clínica electrónica)

Tecnologías de diagnóstico (test clínicos rápidos) e imágenes.

Local

Ubicado estratégicamente y consta de sala de :
(1) triaje,
(2) consultorios y
(1) sshh

Alianzas Estratégicas

Tercerización de medicamentos, servicio de análisis clínicos e imágenes más complejos .

Tecnologías de negocios

Tecnología para integrar y estandarizar procesos de venta, marketing (CRM) atención y seguimiento de pacientes

TESIS INNOVACION DISRUPTIVA RETAIL CLINIC - GUSTAVO BRAVO

Fórmula de ganancias

Es el modelo que define cómo la empresa crea valor para si misma mientras proporciona valor al cliente

Ingresos por :

- Consulta médica general
- Consulta médica especializada (telemedicina)
- Servicios de despistaje
- Comisión por Análisis Clínicos básicos
- Comisión por Imágenes básico
- Intervenciones no invasivas
  - Nebulizaciones
  - Limpieza de oídos
  - Curaciones
- Vacunación
- Programas de niño sano
- Programas de seguimiento al Diabético e Hipertenso

