

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL
SECTOR SALUD

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS
OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
Y MAASTRICHT SCHOOL OF MANAGEMENT

PRESENTADA POR

Danitza Tatyuska Azula Wong

Cristian Alexander Castañeda Lozano

Manuel Armando Ponce Yalico

Mauricio Alonso Moya Tapia

Asesor: Fernando D'Alessio

Santiago de Surco, Marzo de 2014

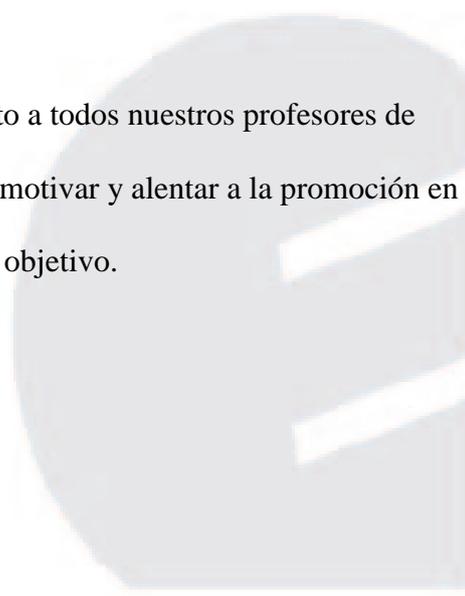
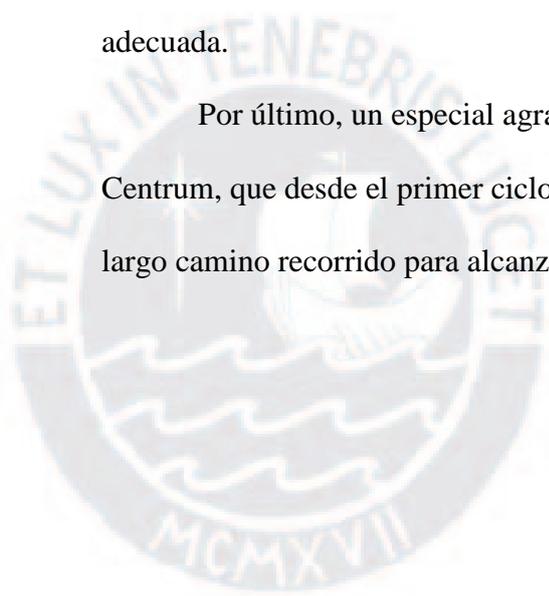
Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento y especial aprecio a:

El profesor Fernando D'Alessio Ipinza, por el entusiasmo y conocimientos transmitidos, que motivaron el desarrollo y presentación de esta tesis, con la seguridad de haber plasmado lo aprendido.

También agradecemos a nuestro asesor el profesor Alfredo Graham, por el apoyo constante y diligente, que nos permitieron desarrollar esta tesis de la forma más adecuada.

Por último, un especial agradecimiento a todos nuestros profesores de Centrum, que desde el primer ciclo supieron motivar y alentar a la promoción en el largo camino recorrido para alcanzar nuestro objetivo.



Dedicatorias

A Dios, por ser mi gran compañero, a mi esposo Eduardo y a mis padres Ricardo y Mirtha, por el amor, la confianza y el apoyo incondicional brindados a lo largo de toda mi formación profesional. A mis hermanos Ricardo, Ericka y Sofía, por ser ejemplo que motiva el alcance de grandes retos profesionales, y a mi bebé, que pronto nacerá para completar mi felicidad.

Danitza Tatyuska Azula Wong

A Dios. A mis padres Antero y Flor por las enseñanzas y los valores transmitidos a lo largo de mi vida. A mis hermanos Joseph, Gerald y Daniel por su paciencia, aliento y apoyo incondicional. A mis abuelos Antero y Agustín que ahora me acompañan desde el cielo, quienes me enseñaron a perseverar y me motivaron a seguir estudiando.

Cristian Alexander Castañeda Lozano

A Dios, quien es el motor de mi vida, quien guía mis pasos, quien me da fuerzas cuando no tengo, I am Yours for ever. A mis padres, Manuel y Maria del Carmen, a mi abuelita Mamina (103 años), a mi hermano Manu y a mi hermana Maca, por todo el apoyo, motivación, amor, cuidado y por estar siempre presentes en las buenas y en las malas. Los amo con todo mi corazón, amo ser un Moya. Y a mis amigos de tesis: Dani, Cris y Manolo por su continuo apoyo y dedicación.

Mauricio Alonso Moya Tapia

A Dios que me otorga una vida llena de bendiciones. A mi esposa Karen por todo su amor y apoyo incondicional. A mis padres Manuel y Poly, por enseñarme a luchar para alcanzar mis objetivos, a mis hermanos Frank y Jannet por su amistad eterna. A mi otra familia, Bustamante-Testino por cuidarme y motivarme siempre.

Manuel Armando Ponce Yalico



Resumen Ejecutivo

El planeamiento estratégico propuesto tiene como objetivo analizar y comprender el funcionamiento actual de la salud y su ecosistema en el Perú, evaluando los principales factores que impactan sobre la salud en la población y proponiendo estrategias que permitan posicionar la salud en el país como un referente internacional de acuerdo a la visión establecida. Así mismo, para determinar las estrategias, es necesario analizar la interrelación de los factores internos y externos, fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que conducen al sector, que lleven a la salud hacia la universalidad, contando con un servicio de calidad, oportuno y que atienda de manera descentralizada a toda la población.

La salud es una prioridad y se busca su universalidad, sin embargo, deberá haber estrategias convergentes que mejoren las vías de comunicación y que a su vez permitan el desarrollo sostenible de la infraestructura en salud. El Perú hoy en día se encuentra en una posición privilegiada con respecto a otros países del globo terrestre. Este fenómeno de transición demográfica llamado “bono demográfico” le da la oportunidad al Perú de maximizar el potencial productivo y mejorar la economía del país, en este sentido, la salud toma un rol fundamental, si las personas no están saludables, no podrán volcar esa productividad hacia el país, y si esa productividad no se da, el Perú no aprovechará uno de los grandes momentos históricos que tiene para el desarrollo del mismo. Es por esto que una planificación estratégica formal del sector deberá permitirle al país salir de este círculo vicioso, y tomar un aprovechamiento definitivo de los recursos humanos, quienes serán los principales protagonistas del crecimiento del Perú.

Abstract

The main objective of the proposed strategic plan is to analyze and understand the current operation and environment of the health sector in Peru, evaluating the main factors that impact on population's health, and proposing strategies to position Peruvian health sector, as an international reference in accordance with the established vision. To determine strategies is necessary to analyze the interplay of internal and external factors, strengths, weaknesses, opportunities and threats, that lead the health sector and that allow the universality of the health services with quality, effectiveness, timely and decentralized.

Health is a priority and seeks its universality; however, convergent strategies to improve the lines of communication must be generated to get in turn the sustainable development of the health infrastructure. Peru is in a privileged position compared to other countries of the globe, due to the demographic transition phenomenon called "demographic bonus", which gives the chance to maximize the productive potential and improve the country's economy. Health plays a vital role in this regard, if people are not healthy, their productivity will not dump into the economy, also without productivity, Peru will not leverage one of the great historical moments that have as an opportunity for development. Consequently, a formal strategic planning focused on the health sector, will enable the country to get out from the vicious circle in which is immersed, and maximize the utilization of human resources, who are the main protagonists of the growth in Peru.

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	xi
Lista de Figuras.....	xiv
El Proceso Estratégico: Una Visión General	xix
Capítulo I: Situación General del Sector Salud en el Perú	1
1.1. Situación General	1
1.2. Conclusiones	47
Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética	50
2.1. Antecedentes	50
2.2. Visión	52
2.3. Misión.....	53
2.4. Valores.....	53
2.5. Código de Ética	54
2.6. Conclusión.....	55
Capítulo III: Evaluación Externa.....	56
3.1. Análisis Tridimensional de la Naciones	56
3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)	56
3.1.2. Potencial nacional.....	69
3.1.3. Principios cardinales.....	77
3.1.4. Influencia del análisis en el Sector Salud	81
3.2. Análisis Competitivo del País	82
3.2.1. Condiciones de los factores	82
3.2.2. Condiciones de la demanda	85
3.2.3. Estrategia, estructura y rivalidad de las empresas	87
3.2.4. Sectores relacionados y de apoyo.....	88

3.2.5.	Influencia del análisis en el Sector Salud	89
3.3.	Análisis del Entorno PESTE	90
3.3.1.	Fuerzas Políticas, gubernamentales y legales (P).....	90
3.3.2.	Fuerzas Económicas y Financieras (E).....	98
3.3.3.	Fuerzas sociales, culturales y demográficas (S)	104
3.3.4.	Fuerzas Tecnológicas y Científicas (T)	106
3.3.5.	Fuerzas ecológicas y ambientales (E).....	110
3.4.	Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE).....	113
3.5.	El Sector Salud y sus Competidores.....	114
3.5.1.	Poder de negociación de los proveedores.....	115
3.5.2.	Poder de negociación de los compradores.....	119
3.5.3.	Amenaza de los sustitutos.....	120
3.5.4.	Amenaza de los entrantes	121
3.5.5.	Rivalidad de los competidores.....	122
3.6.	El Sector Salud y sus Referentes	123
3.7.	Matriz Perfil Competitivo (MPC)	124
3.8.	Matriz Perfil Referencial (MPR).....	125
3.9.	Conclusiones	125
Capítulo IV: Evaluación Interna.....		127
4.1.	Análisis Interno AMOFHIT	127
4.1.1.	Administración y gerencia (A)	127
4.1.2.	Marketing y ventas (M)	133
4.1.3.	Operaciones y logística. Infraestructura (O).....	138
4.1.4.	Finanzas y contabilidad (F)	145
4.1.5.	Recursos humanos (H).....	146

4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I).....	149
4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T).....	152
4.2. Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI).....	155
4.3. Conclusiones	156
Capítulo V: Intereses del Sector Salud y Objetivos de Largo Plazo	158
5.1. Intereses del Sector Salud.....	158
5.2. Potencial del Sector Salud.....	158
5.3. Principios Cardinales del Sector Salud	164
5.4. Matriz de Intereses del Sector Salud (MIO).....	168
5.5. Objetivos de Largo Plazo	169
5.6. Conclusiones	170
Capítulo VI: El Proceso Estratégico	171
6.1. Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)	171
6.2. Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA)	171
6.3. Matriz Boston Consulting Group (MBCG).....	178
6.4. Matriz Interna Externa (MIE).....	181
6.5. Matriz Gran Estrategia (MGE).....	185
6.6. Matriz de Decisión Estratégica (MDE).....	188
6.7. Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégica (MCPE).....	190
6.8. Matriz de Rumelt (MR).....	190
6.9. Matriz de Ética (ME).....	192
6.10. Estrategias Retenidas y de Contingencia.....	192
6.11. Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP).....	197
6.12. Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)	197

6.13. Conclusiones	200
Capítulo VII: Implementación Estratégica	202
7.1. Objetivos de Corto Plazo.....	202
7.2. Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo.....	205
7.3. Políticas de cada Estrategia	207
7.4. Estructura de la Organización	210
7.5. Medio Ambiente, Ecología y Responsabilidad Social	212
7.6. Recursos Humanos y Motivación.....	214
7.7. Gestión del Cambio	215
7.8. Conclusiones	216
Capítulo VIII: Evaluación Estratégica	217
8.1. Perspectivas de Control	217
8.1.1. Aprendizaje interno	218
8.1.2. Procesos	220
8.1.3. Clientes	221
8.1.4. Financiera	222
8.2. Tablero de Control Balanceado (<i>Balanced Scorecard</i>).....	222
8.3. Conclusiones	224
Capítulo IX: Competitividad del Sector Salud	225
9.1. Análisis Competitivo del Sector Salud.....	225
9.2. Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector Salud	228
9.3. Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Sector Salud...	231
9.4. Conclusiones	232
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones.....	234
10.1. Plan Estratégico Integral (PEI).....	234

10.2. Conclusiones Finales 236

10.3. Recomendaciones Finales 238

10.4. Futuro de la Organización 240

Referencias..... 242

Lista de Siglas..... 263



Lista de Tablas

Tabla 1	<i>Gasto público per cápita de salud en Sudamérica, 2000-2009</i>	11
Tabla 2	<i>Cantidad de contaminantes per cápita en Perú, 1985–2010</i>	32
Tabla 3	<i>Establecimientos de salud por tipo y departamentos del Perú, 2009</i>	37
Tabla 4	<i>Cantidad de establecimientos en Perú por tipo, 2002-2009</i>	38
Tabla 5	<i>Número de camas hospitalarias en Perú, 2003-2010</i>	38
Tabla 6	<i>Disponibilidad de camas hospitalarias en Sudamérica, años 1990, 2000, 2010</i>	39
Tabla 7	<i>Causas de Exclusión en Salud</i>	40
Tabla 8	<i>Cuarto Pilar: Salud y educación primaria. Perú, 2013-2014</i>	42
Tabla 9	<i>Gasto en salud en los países sudamericanos, 2000 y 2008</i>	42
Tabla 10	<i>Gasto y coberturas del sistema público de salud en el mundo, 2009</i>	43
Tabla 11	<i>Coberturas en salud en los países sudamericanos, 2012</i>	44
Tabla 12	<i>Intereses Nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)</i>	57
Tabla 13	<i>Hogares con acceso a internet en el Perú, 2012-2013</i>	65
Tabla 14	<i>Niveles de industrialización e inversión en base a I&D y PBI</i>	72
Tabla 15	<i>Brecha de infraestructura en el Perú, 2008</i>	84
Tabla 16	<i>Reporte de inflación del Perú, 2010-2014</i>	86
Tabla 17	<i>Entidades denunciadas según tipo, 2012</i>	88
Tabla 18	<i>Producto Bruto Interno del Perú, 1998-2012</i>	100
Tabla 19	<i>Tasas de variación del PBI total en América Latina, 2010-2013</i>	100
Tabla 20	<i>Expectativas de Inflación del Perú, 2013</i>	102
Tabla 21	<i>Población peruana que accede a internet, 2007-2012</i>	109
Tabla 22	<i>Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)</i>	113
Tabla 23	<i>Necesidad de médicos especialistas según perfil epidemiológico, 2010</i>	115

Tabla 24	<i>Necesidad de médicos especialistas según regiones, 2010</i>	116
Tabla 25	<i>Afiliaciones por tipo de seguro y EPS, 2012</i>	119
Tabla 26	<i>Perú: Población con algún problema de salud. 1°Q 2012 y 2013.</i>	121
Tabla 27	<i>Matriz Perfil Competitivo (MPC)</i>	124
Tabla 28	<i>Matriz Perfil Referencial (MPR)</i>	125
Tabla 29	<i>Perú: Población con algún problema de salud, 2004-2012</i>	134
Tabla 30	<i>Perú: Población afiliada a seguro de salud, 2012-2013</i>	134
Tabla 31	<i>Perú: Razones por las que no acude a un establecimiento, 2004-2012</i> .	135
Tabla 32	<i>Tiempos para obtención de citas, espera y consulta</i>	136
Tabla 33	<i>Usuarios no satisfechos según tipo de establecimiento y condición del asegurado</i>	137
Tabla 34	<i>Causa de inconveniente en la atención de salud según establecimiento de salud.</i>	137
Tabla 35	<i>Nivel de atención de medicinas dentro del mismo establecimiento a los pacientes que recibieron prescripción médica, por establecimiento</i>	137
Tabla 36	<i>Disponibilidad de hospitales a nivel regional, 2011</i>	139
Tabla 37	<i>Implementación de sistema de reporte y análisis de eventos adversos</i> ..	144
Tabla 38	<i>Comparación entre personal del Ministerio de Salud y EsSalud, 2009</i> .	148
Tabla 39	<i>Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)</i>	155
Tabla 40	<i>Matriz de Intereses del Sector Salud (MIO)</i>	168
Tabla 41	<i>Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)</i> ...	172
Tabla 42	<i>Factores que Constituyen las Variables de los Ejes de la Matriz MPEYEA</i>	174
Tabla 43	<i>Matriz de Decisión Estratégica (MDE)</i>	189

Tabla 44	Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégica (MCPE).....	191
Tabla 45	<i>Matriz (MR)</i>	193
Tabla 46	<i>Matriz Ética (ME)</i>	194
Tabla 47	<i>Estrategias Retenidas y de Contingencia</i>	195
Tabla 48	<i>Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP)</i>	196
Tabla 49	<i>Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y.....</i> <i>Sustitutos (MEPCS)</i>	199
Tabla 50	<i>Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo</i>	206
Tabla 51	<i>Tablero de Control Balanceado (Balanced Scorecard)</i>	223
Tabla 52	<i>Programas presupuestales de salud: Competitividad</i> <i>con articulación territorial.</i>	227
Tabla 53	<i>Plan Estratégico Integral (PEI)</i>	235

Lista de Figuras

<i>Figura 0.</i>	Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.	xix
<i>Figura 1.</i>	Determinantes de la salud.	2
<i>Figura 2.</i>	Modelo Socioeconómico de Salud.....	3
<i>Figura 3.</i>	Determinantes sociales de las desigualdades en salud.....	4
<i>Figura 4.</i>	Evolución de la incidencia de la pobreza total, 2004 - 2012.	5
<i>Figura 5.</i>	Evolución de la desigualdad del gasto, 2004-2012.....	5
<i>Figura 6.</i>	Evolución de la desigualdad del ingreso, 2004-2012.	6
<i>Figura 7.</i>	Estructura del Sistema de Salud del Perú.....	7
<i>Figura 8.</i>	Mercado de servicios de Salud.....	8
<i>Figura 9.</i>	Flujos del sistema de salud: Financiadores, fondos y prestadores, 2005.	9
<i>Figura 10.</i>	Evolución del PBI y gasto público en salud en el Perú, 2002-2013	9
<i>Figura 11.</i>	Gasto total en salud por país en Latinoamérica (en % del PBI), 2010.	10
<i>Figura 12.</i>	Gasto en servicios de salud, 1995-2010.....	11
<i>Figura 13.</i>	Gasto total en salud en países latinoamericanos (en USD). 2010.....	12
<i>Figura 14.</i>	Tendencia del Aseguramiento en el Sistema de Salud. Perú, 2002-2012. 13	
<i>Figura 15.</i>	Tendencia del Aseguramiento en el Sistema de Salud, según nivel de Pobreza. Perú, 2002-2012.	14
<i>Figura 16.</i>	Evolución del porcentaje de Población Asegurada en Salud. Perú, 2004 y 2011.....	14
<i>Figura 17.</i>	Gasto público per cápita, según aseguramiento en salud, 2011	15
<i>Figura 18.</i>	Tasa de Pobreza en el Perú (% de la población total). 2001 - 2011.....	15
<i>Figura 19.</i>	Evolución del PBI per cápita, Perú 1950-2011.....	16
<i>Figura 20.</i>	PBI per cápita departamental, Perú 2010.....	16
<i>Figura 21.</i>	Pobreza total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural.	17

<i>Figura 22.</i> PBI per cápita y Esperanza de vida al Nacer. Perú total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural.....	17
<i>Figura 23.</i> Expectativa de Vida al nacer y Tasa de Mortalidad Infantil. Perú, 1950 - 2012.....	18
<i>Figura 24.</i> PBI per cápita y Esperanza de vida al Nacer. Perú total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural.....	18
<i>Figura 25.</i> Distribución de la población por departamentos (%), 2010.....	19
<i>Figura 26.</i> Población del Perú para el 2013 porcentaje por regiones.	20
<i>Figura 27.</i> Esperanza de vida al nacer por departamento (%), 2005-2010.....	21
<i>Figura 28.</i> Pirámide poblacional del Perú 2013.	21
<i>Figura 29.</i> Composición de la población peruana por género y grupo etario.....	22
<i>Figura 30.</i> Evolución de la Pirámide poblacional del Perú, 1940 al 2050.	23
<i>Figura 31.</i> Población censada por área urbana y rural. Perú 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007.....	24
<i>Figura 32.</i> Principales causas de muerte (Muertes cada 10.000 habitantes), Perú 2009.....	25
<i>Figura 33.</i> Principales grupos de causas de muerte y regiones (cada 10.000 habitantes), Perú 2009.....	26
<i>Figura 34.</i> Principales grupos de causas de muerte (en porcentaje), 2006 y 2011.....	26
<i>Figura 35.</i> Morbilidad en la consulta externa de los establecimientos del MINSA por grandes grupos. 2006-2009.....	27
<i>Figura 36.</i> Evolución de la tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes). Perú, 1995 – 2012.....	28
<i>Figura 37.</i> Desnutrición Global y Crónica, según nuevo patrón OMS en niños menores a 7 años (%). 1990-2007.....	28

<i>Figura 38.</i> Disponibilidad de agua, desagüe y luz según ámbito urbano / rural. Perú 2012.....	30
<i>Figura 39.</i> América Latina y el caribe, niños con privación de acceso al agua y saneamiento (%). 2007.....	30
<i>Figura 40.</i> Acceso a servicios mejorados de agua, saneamiento y aumento de la población mundial, 1990-2008	31
<i>Figura 41.</i> Cambio climático: efectos e implicancias según sectores. Perú.	31
<i>Figura 42.</i> Evolución del Nro. de emergencias ocasionadas por fenómenos naturales y antrópicos. Perú 2002-2011	33
<i>Figura 43.</i> Recursos humanos en Salud del MINSA y EsSalud por Departamento, 2007.....	34
<i>Figura 44.</i> Oferta de Médicos Especialistas según Regiones. Perú 2010.....	35
<i>Figura 45.</i> El sistema de RR.HH en salud en las Américas. 2009 – 2011	35
<i>Figura 46.</i> El sistema de RR.HH en salud en el Perú. 2009 – 2011	36
<i>Figura 47.</i> Ranking Mundial de Competitividad 2012. Perú: Resultados por factores	41
<i>Figura 48.</i> Factores de éxito del sistema de salud, según la OMS 2008.	45
<i>Figura 49.</i> Factores de éxito del sistema de salud, según la OMS.	46
<i>Figura 50.</i> Representación de la cadena de resultados respecto de la cobertura sanitaria universal.	46
<i>Figura 51.</i> Tasa de incidencia de pobreza según distintos ámbitos, 2011.....	59
<i>Figura 52.</i> Área en controversia del diferendo marítimo entre Perú y Chile.	62
<i>Figura 53.</i> Producto Bruto Interno 1994-2013.	71
<i>Figura 54.</i> Gasto en Ciencia, Tecnología e Innovación 1999-2012.	73
<i>Figura 55.</i> Factores más problemáticos para hacer negocios en Peru.	76
<i>Figura 56.</i> Población peruana retornante del exterior, 2000-2011.	82

<i>Figura 57.</i> Evolución del Contrabando como Porcentaje de las Importaciones. Perú, 2002-2009	97
<i>Figura 58.</i> Evolución del PBI en Perú, 2004 - 2013.....	98
<i>Figura 59.</i> Evolución del PBI en las principales regiones del mundo, 2007 - 2015 ..	99
<i>Figura 60.</i> Reporte de Inflación Real vs Expectativas de Inflación	101
<i>Figura 61.</i> Expectativas de Inflación 2014-2015.....	102
<i>Figura 62.</i> Evolución Tasa de Interés, 2006 - 2013.....	103
<i>Figura 63.</i> Distribución de la Población por departamentos del Perú, 2013	104
<i>Figura 64.</i> Evolución de la Tasa de Dependencia Poblacional, 1950-2100	105
<i>Figura 65.</i> Estado de la Ciencia en Imágenes.....	108
<i>Figura 66.</i> Modelo de las cinco fuerzas competitivas de Porter.....	114
<i>Figura 67.</i> Mercado farmacéutico peruano (Precios Promedio vs. Unidades), 1969- 2010.....	117
<i>Figura 68.</i> Unidades Diferencias de precios por sectores Privado	118
<i>Figura 69.</i> Operaciones al corazón en USA e India, costo y frecuencia.	123
<i>Figura 70.</i> Organigrama Estructural del Ministerio de Salud.....	128
<i>Figura 71.</i> Cobertura de Aseguramiento en el Sistema de Salud del Perú, 2012.	130
<i>Figura 72.</i> Tipo de Financiamiento y cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud.....	131
<i>Figura 73.</i> Equipo básico en las áreas de hospitalización de cirugía supervisadas (%). Perú, 2013.	141
<i>Figura 74.</i> Insumos básicos de hospitalización de cirugía.	142
<i>Figura 75.</i> Medicamentos en áreas de hospitalización de cirugías supervisadas.	142
<i>Figura 76.</i> Evaluación del Sistema de Información Rutinaria de la Dirección de Salud V Lima	150

<i>Figura 77.</i> Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud	151
<i>Figura 78.</i> Solicitudes de Patentes, 2001-2010.	153
<i>Figura 79.</i> Solicitudes de Patentes por no Residentes en relación al total de solicitudes.....	154
<i>Figura 80.</i> Matriz PEYEA.....	173
<i>Figura 81.</i> Matriz Boston Consulting Group (MBCG)	179
<i>Figura 82.</i> Matriz Interna Externa (MIE)	183
<i>Figura 83.</i> Matriz Gran Estrategia (MGE)	186
<i>Figura 84.</i> Promedio anual de médicos y enfermeros migrantes por país (del área andina).....	198
<i>Figura 85.</i> Estructura de Dirección General de Promoción de la Salud - MINSA..	211
<i>Figura 86.</i> Estructura de Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos - MINSA.	211
<i>Figura 87.</i> Nueva Estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.	213
<i>Figura 88.</i> Variación en los resultados del Pilar de Salud, 2007/08 vs 2011/12.	226
<i>Figura 89.</i> Variación en los resultados del Pilar de Innovación, 2007 / 08 vs 2011/12	226
<i>Figura 90.</i> Diamante de Porter.....	228

El Proceso Estratégico: Una Visión General

El proceso estratégico se compone de un conjunto de actividades que se desarrollan de manera secuencial con la finalidad de que una organización pueda proyectarse al futuro y alcance la visión establecida. Este consta de tres etapas: (a) formulación, que es la etapa de planeamiento propiamente dicha y en la que se procurará encontrar las estrategias que llevarán a la organización de la situación actual a la situación futura deseada; (b) implementación, en la cual se ejecutarán las estrategias retenidas en la primera etapa, siendo esta la etapa más complicada por lo rigurosa; y (c) evaluación y control, cuyas actividades se efectuarán de manera permanente durante todo el proceso para monitorear las etapas secuenciales y, finalmente, los Objetivos de Largo Plazo (OLP) y los Objetivos de Corto Plazo (OCP). Cabe resaltar que el proceso estratégico se caracteriza por ser interactivo, ya que participan muchas personas en él, e iterativo, en tanto genera una retroalimentación constante. El plan estratégico desarrollado en el presente documento fue elaborado en función al Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.

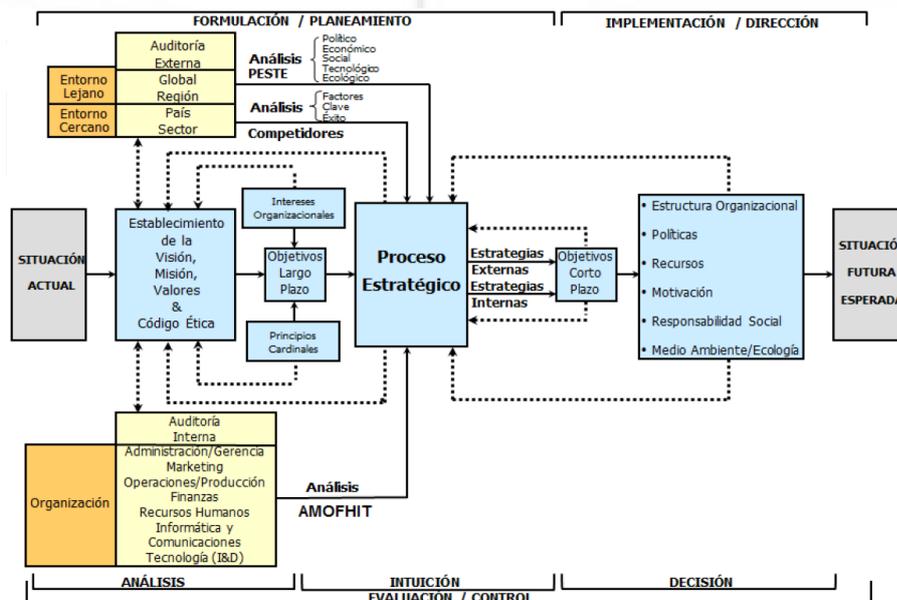


Figura 0. Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.
 Tomado de "El Proceso Estratégico: Un enfoque de gerencia" por F. A. D'Alessio, 2009. México D. F., México: Pearson.

El modelo empieza con el análisis de la situación actual, seguida por el establecimiento de la visión, la misión, los valores, y el código de ética; estos cuatro componentes guían y norman el accionar de la organización. Luego, se desarrolla la evaluación externa con la finalidad de determinar la influencia del entorno en la organización que se estudia y analizar la industria global a través del análisis del entorno PESTE (Fuerzas Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas, y Ecológicas). De dicho análisis se deriva la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), la cual permite conocer el impacto del entorno determinado en base a las oportunidades que podrían beneficiar a la organización, las amenazas que deben evitarse, y cómo la organización está actuando sobre estos factores. Del análisis PESTE y de los competidores se deriva la evaluación de la organización con relación a sus competidores, de la cual se desprenden las matrices de Perfil Competitivo (MPC) y de Perfil de Referencia (MPR). De este modo, la evaluación externa permite identificar las oportunidades y amenazas clave, la situación de los competidores y los factores críticos de éxito en el sector industrial, facilitando a los planeadores el inicio del proceso que los guiará a la formulación de estrategias que permitan sacar ventaja de las oportunidades, evitar y/o reducir el impacto de las amenazas, conocer los factores clave que les permita tener éxito en el sector industrial, y superar a la competencia.

Posteriormente, se desarrolla la evaluación interna, la cual se encuentra orientada a la definición de estrategias que permitan capitalizar las fortalezas y neutralizar las debilidades, de modo que se construyan ventajas competitivas a partir de la identificación de las competencias distintivas. Para ello se lleva a cabo el análisis interno AMOFHIT (Administración y Gerencia, Marketing y Ventas, Operaciones Productivas y de Servicios e Infraestructura, Finanzas y Contabilidad,

Recursos Humanos y Cultura, Informática y Comunicaciones, y Tecnología), del cual surge la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI). Esta matriz permite evaluar las principales fortalezas y debilidades de las áreas funcionales de una organización, así como también identificar y evaluar las relaciones entre dichas áreas. Un análisis exhaustivo externo e interno es requerido y es crucial para continuar con mayores probabilidades de éxito el proceso.

En la siguiente etapa del proceso se determinan los Intereses de la Organización, es decir, los fines supremos que la organización intenta alcanzar para tener éxito global en los mercados en los que compete. De ellos se deriva la Matriz de Intereses de la Organización (MIO), y basados en la visión se establecen los OLP. Estos son los resultados que la organización espera alcanzar. Cabe destacar que la “sumatoria” de los OLP llevaría a alcanzar la visión, y de la “sumatoria” de los OCP resultaría el logro de cada OLP.

Las matrices presentadas, MEFE, MEFI, MPC, y MIO, constituyen insumos fundamentales que favorecerán la calidad del proceso estratégico. La fase final de la formulación estratégica viene dada por la elección de estrategias, la cual representa el Proceso Estratégico en sí mismo. En esta etapa se generan estrategias a través del emparejamiento y combinación de las fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas, y los resultados de los análisis previos usando como herramientas cinco matrices: (a) la Matriz de Fortalezas, Oportunidades Debilidades, y Amenazas (MFODA); (b) la Matriz de Posicionamiento Estratégico y Evaluación de la Acción (MPEYEA); (c) la Matriz del Boston Consulting Group (MBCG); (d) la Matriz Interna-Externa (MIE); y (e) la Matriz de la Gran Estrategia (MGE).

De estas matrices resultan una serie de estrategias de integración, intensivas, de diversificación, y defensivas que son escogidas con la Matriz de Decisión

Estratégica (MDE), siendo específicas y no alternativas, y cuya atractividad se determina en la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE). Por último, se desarrollan las matrices de Rumelt y de Ética, para culminar con las estrategias retenidas y de contingencia. En base a esa selección se elabora la Matriz de Estrategias con relación a los OLP, la cual sirve para verificar si con las estrategias retenidas se podrán alcanzar los OLP, y la Matriz de Posibilidades de los Competidores que ayuda a determinar qué tanto estos competidores serán capaces de hacerle frente a las estrategias retenidas por la organización. La integración de la intuición con el análisis se hace indispensable durante esta etapa, ya que favorece a la selección de las estrategias.

Después de haber formulado el plan estratégico que permita alcanzar la proyección futura de la organización, se ponen en marcha los lineamientos estratégicos identificados y se efectúan las estrategias retenidas por la organización dando lugar a la Implementación Estratégica. Esta consiste básicamente en convertir los planes estratégicos en acciones y, posteriormente, en resultados. Cabe destacar que “una formulación exitosa no garantiza una implementación exitosa. . . puesto que ésta última es más difícil de llevarse a cabo y conlleva el riesgo de no llegar a ejecutarse” (D’Alessio, 2008, p. 373). Durante esta etapa se definen los OCP y los recursos asignados a cada uno de ellos, y se establecen las políticas para cada estrategia. Una estructura organizacional nueva es necesaria. El peor error es implementar una estrategia nueva usando una estructura antigua.

Finalmente, la Evaluación Estratégica se lleva a cabo utilizando cuatro perspectivas de control: (a) interna/personas, (b) procesos, (c) clientes, y (d) financiera, en el Tablero de Control Integrado (BSC) para monitorear el logro de los OCP y OLP. A partir de ello, se toman las acciones correctivas pertinentes. Se analiza

la competitividad de la organización y se plantean las conclusiones y recomendaciones necesarias para alcanzar la situación futura deseada de la organización. Un Plan Estratégico Integral (PEI) es necesario para visualizar todo el proceso de un golpe de vista. El Planeamiento Estratégico puede ser desarrollado para una microempresa, empresa, institución, sector industrial, puerto, ciudad, municipalidad, región, país u otros.



Capítulo I: Situación General del Sector Salud en el Perú

El análisis de la situación actual del sector de salud del Perú está basado en la metodología Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS), modelo propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 y considerado como un medio para comprender la situación. Este proceso permite evidenciar las implicancias de los determinantes y la problemática en el estado del Sector Salud de cada país con la finalidad de desarrollar una adecuada planificación y definir las estrategias necesarias para desarrollar y mejorar las condiciones de salud.

1.1. Situación General

Definición de salud. Según la OMS, la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946), siendo los gobiernos de cada país responsables por el cumplimiento y adopción de las medidas sanitarias y sociales correspondientes.

Adicionalmente, la constitución de la OMS establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria” (OMS, 2013a). Del mismo modo, según la ley vigente en el Perú, Ley General de Salud, Ley N°26842, se reconoce que:

I) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. II) La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. III) Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El

derecho a la protección de la salud es irrenunciable.” (Congreso de la República del Perú, 1997, p.2)

Objetivos. Esto supone que los objetivos que el Estado debe definir para velar por la salud del país son: prevenir y combatir las enfermedades o dolencias, prolongar el tiempo de vida, mejorar la calidad de vida, promover el bienestar físico, mental y social; y reducir las inequidades sanitarias con el fin de asegurar que cada persona pueda disfrutar de su derecho de goce del grado máximo de salud.

Determinantes de la salud. Para lograr estos objetivos y mejorar el desempeño de cada gobierno en referencia al tema salud, se han identificado diferentes modelos que identifican los determinantes de la salud. A fin de comprender este concepto, la OMS definió los determinantes como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998, p.16). Según indica Valcárcel, los factores determinantes de la salud, que influyen en el logro de los objetivos antes mencionados, están identificados en la Figura 1 (OPS, 2010, p.23):

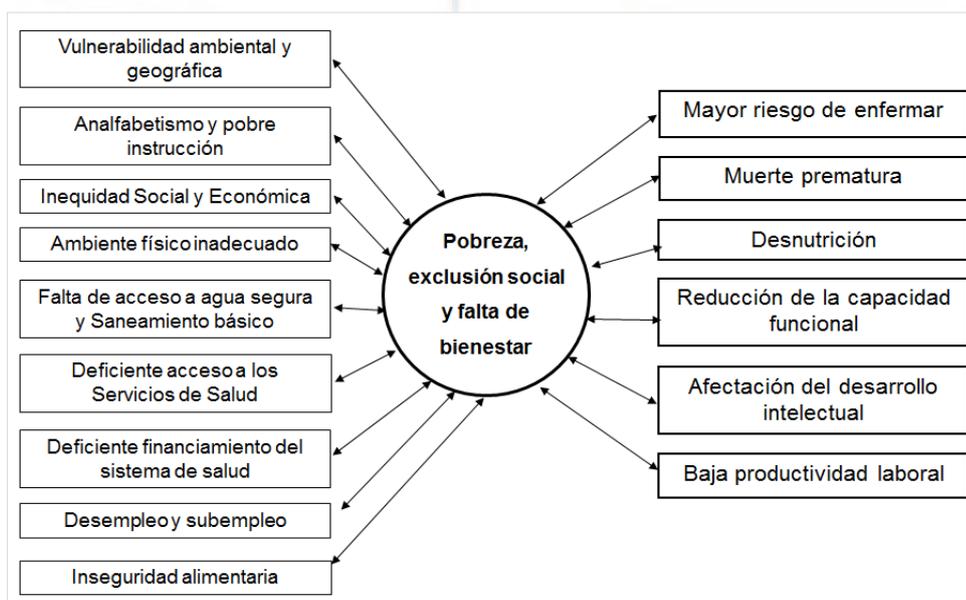


Figura 1. Determinantes de la salud.

Adaptado de “La Cooperación Técnica de OPS/OMS en Perú”, por OMS, 2011. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/ogci/archivo/ponencias/acc/jornada03/PresentacionOPS.ppt>

En base a los factores determinantes mostrados en la Figura 1, las prioridades definidas para el Perú por la OPS son: (a) Reducir la desnutrición crónica infantil; (b) Mejorar la salud de la mujer; (c) Mejorar la salud y el desarrollo de la niñez y la adolescencia; (d) Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles (TB, Malaria, Dengue, VIH/Sida, Chagas, Peste); (e) Prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (HT, Diabetes mellitus, Cáncer) y accidentes; y (f) Mejorar la salud mental (OPS, 2011).

Tomando el modelo socioeconómico en la Figura 2, una perspectiva integral de la salud es el resultado de los factores determinantes como el ingreso económico, la educación y cultura, las condiciones laborales y el acceso al servicio (Dahlgren & Whitehead, 1991). Estos factores actúan como una causa y también como efecto con respecto a la salud, en diferentes grados de intensidad con lo cual forman el perfil único de la situación actual de la salud en el Perú.



Figura 2. Modelo Socioeconómico de Salud.

Tomado de "Policies and strategies to promote social equity in health" por G. Dahlgren & M. Whitehead, 1991. Stockholm: Institute of Futures Studies. Recuperado de: http://www.upf.edu/cisal/_pdf/AgudeloA_tesis.pdf

Según el modelo planteado por la OMS (OMS, 2008b), los determinantes sociales de la salud están agrupados en tres tipos de determinantes: (a) Determinantes de contexto socioeconómico y político; (b) Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud; y (c) Determinantes intermedios o factores intermediarios, y la interacción entre estos se explica en la Figura 3:

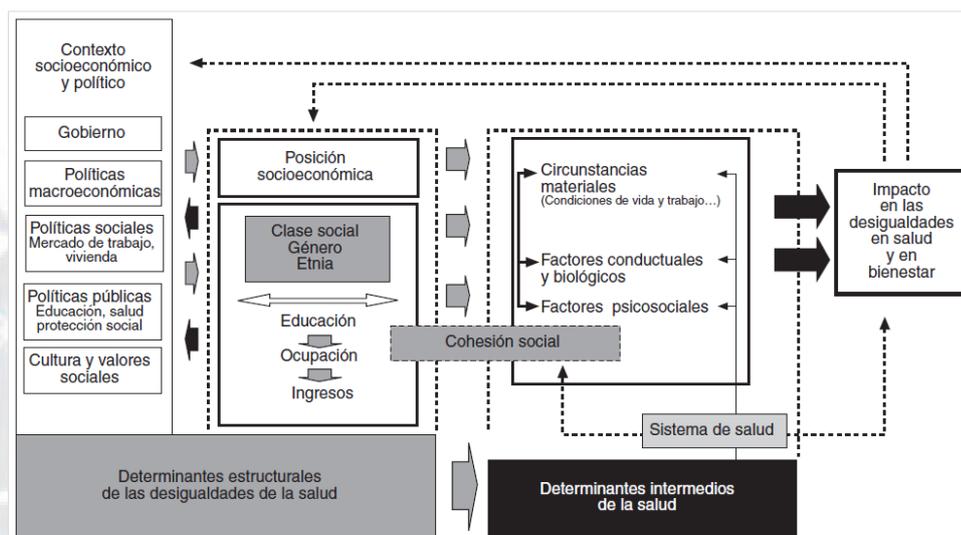


Figura 3. Determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Tomado de "Políticas de Salud y Salud Pública: Las políticas para disminuir las desigualdades en salud", por OMS, citado en C. Borrell & L. Artazcoza, 2008. Gaceta Sanitaria, p 465-473. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v22n5/politicas.pdf>

Al analizar estos modelos, se puede vislumbrar que uno de los principales problemas en el Perú es la desigual posición en la que se encuentra la población, siendo esto contrario a los lineamientos de igualdad que propone tanto la OMS, como el congreso del Perú, tal como lo indica el Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI), pues a pesar que la pobreza monetaria se habría reducido de 42.4% en el 2007 a 25.8% hasta el 2012 tal como se ve en la Figura 4 (INEI, 2013a), la brecha de desigualdad aún permanece como uno de los grandes problemas sociales del Perú. Analizando la desigualdad en el gasto de la población, la evolución del coeficiente de Gini indica que la desigualdad se ha reducido de 0.41 hasta 0.36, durante los últimos nueve años (INEI, 2013a), según la Figura 5.

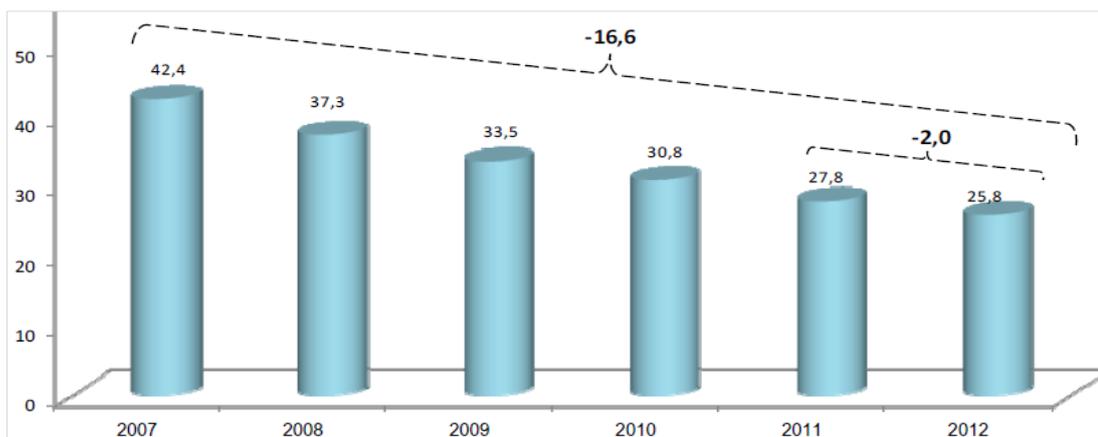


Figura 4. Evolución de la incidencia de la pobreza total, 2004 - 2012.

Tomado de "Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007 - 2012", por INEI, 2013a. Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf

Ámbito Geográfico Dominio	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nacional	0,41	0,41	0,42	0,41	0,38	0,39	0,37	0,36	0,36
Urbana	0,37	0,37	0,37	0,36	0,34	0,34	0,33	0,32	0,32
Rural	0,33	0,33	0,32	0,33	0,33	0,32	0,31	0,32	0,32
Ámbito Geográfico									
Costa	0,38	0,37	0,38	0,36	0,33	0,34	0,33	0,32	0,33
Sierra	0,41	0,42	0,41	0,43	0,42	0,4	0,39	0,38	0,38
Selva	0,38	0,38	0,39	0,39	0,39	0,39	0,38	0,36	0,36
Dominio									
Costa urbana	0,33	0,33	0,33	0,34	0,31	0,31	0,31	0,30	0,30
Costa rural	0,32	0,30	0,30	0,30	0,28	0,29	0,29	0,31	0,28
Sierra urbana	0,36	0,37	0,36	0,36	0,36	0,34	0,34	0,32	0,32
Sierra rural	0,32	0,33	0,32	0,33	0,32	0,31	0,30	0,31	0,32
Selva urbana	0,35	0,35	0,36	0,36	0,34	0,34	0,34	0,33	0,33
Selva rural	0,31	0,31	0,33	0,33	0,34	0,35	0,33	0,32	0,32
Lima Metropolitana	0,38	0,38	0,38	0,36	0,33	0,35	0,33	0,33	0,33

Valores ajustados a las proyecciones de población a partir del Censo de Población de 2007.

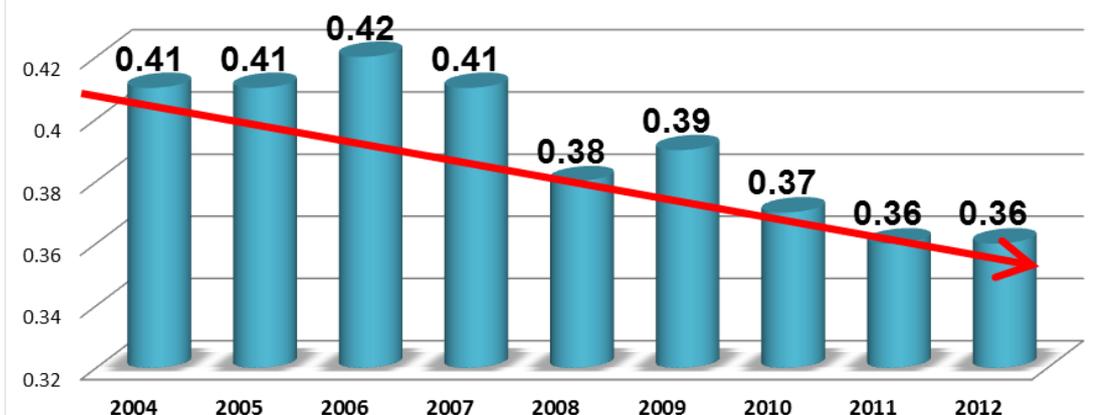


Figura 5. Evolución de la desigualdad del gasto, 2007-2012.

Adaptado de "Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007 - 2012", por INEI, 2013a. Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf

Sin embargo, la situación se torna aún más crítica cuando se evalúa la desigualdad en el ingreso de la población, que aunque también se ha reducido aún tiene un elevado índice de Gini, evolucionando de 0.49 en el 2004, hasta un 0.45 para el 2012 (INEI, 2013a), según la Figura 6:

Ámbito Geográfico Dominio	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nacional	0,49	0,51	0,50	0,50	0,48	0,47	0,46	0,45	0,45
Urbana	0,45	0,47	0,45	0,46	0,43	0,43	0,42	0,41	0,41
Rural	0,43	0,43	0,43	0,44	0,44	0,43	0,42	0,43	0,43
Ámbito Geográfico									
Costa	0,45	0,48	0,45	0,46	0,42	0,43	0,42	0,41	0,41
Sierra	0,50	0,51	0,50	0,52	0,52	0,49	0,48	0,49	0,48
Selva	0,46	0,46	0,48	0,49	0,48	0,49	0,46	0,46	0,46
Dominio									
Costa urbana	0,41	0,41	0,40	0,43	0,39	0,40	0,39	0,37	0,38
Costa rural	0,42	0,38	0,38	0,41	0,39	0,39	0,38	0,40	0,38
Sierra urbana	0,45	0,46	0,44	0,45	0,46	0,44	0,42	0,42	0,41
Sierra rural	0,42	0,44	0,41	0,43	0,43	0,42	0,41	0,42	0,43
Selva urbana	0,41	0,43	0,44	0,46	0,44	0,45	0,43	0,43	0,43
Selva rural	0,40	0,40	0,45	0,43	0,45	0,44	0,42	0,43	0,45
Lima Metropolitana	0,45	0,50	0,47	0,46	0,43	0,44	0,43	0,42	0,41

Valores ajustados a las proyecciones de población a partir del Censo de Población de 2007.

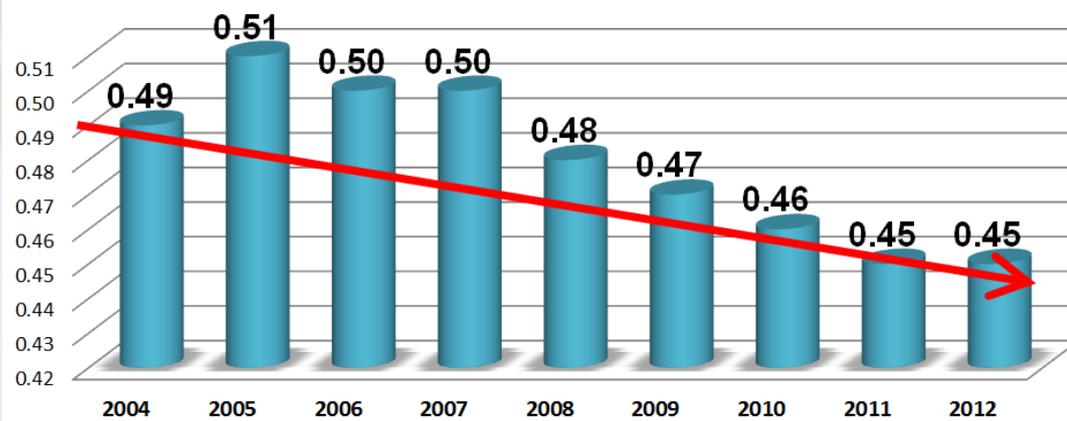


Figura 6. Evolución de la desigualdad del ingreso, 2007-2012.

Tomado de “Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007 - 2012”, por INEI, 2013a. Recuperado de http://www.inei.gov.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf

Estructura del sector salud del Perú. Los gobiernos requieren de estructuras de salud estratégicamente desarrolladas para poder alcanzar el objetivo de mejorar la salud atendiendo de forma adecuada la situación de desigualdad, a través de un eficiente uso de los recursos. Sin embargo, el sistema de salud peruano se caracteriza

por “ser un modelo segmentado, ineficiente y sin equidad, con diversos fondos y prestadores autónomos y desarticulados” (Comisión Multisectorial, 2013, p.5).

La estructura del sistema de salud es mixto, compuesto por un Sector Público: Ministerio de Salud (MINSA) / Seguro Integral de Salud (SIS); Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Ministerio de Trabajo (MINTRA); Sanidades de Fuerzas Armadas adscritas al Ministerio de Defensa (FFAA); Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) adscrita al Ministerio del Interior (MI). Y un sector privado que comprende a entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (Alcalde-Rabanal et al., 2011).

Tal como muestra la Figura 7, la oferta de salud está fragmentada, con una gama de diferentes instituciones y entidades no integradas e incluso con duplicidad la cual genera confusión y no permite generar las eficiencias ni equidad en el servicio.

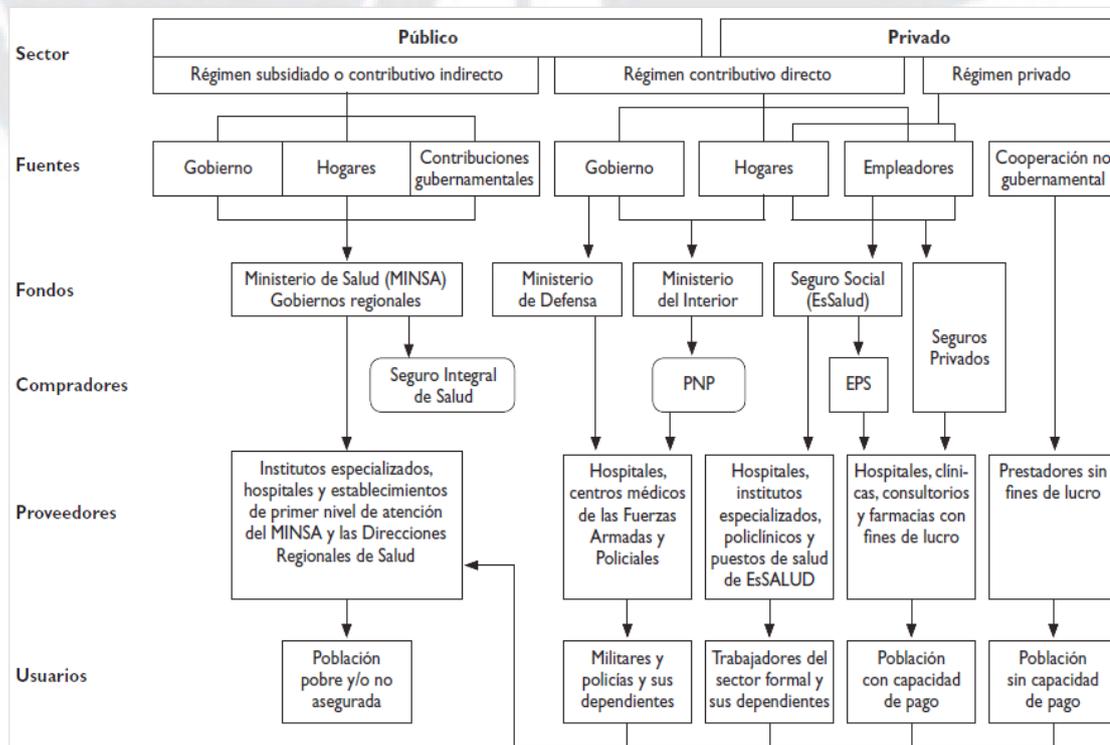


Figura 7. Estructura del Sistema de Salud del Perú.

Adaptado de “Sistema de Salud de Perú”, por J. Alcalde-Rabanal O.Lazo-González, & G.Nigenda, 2011. Revista Salud Pública de México, 53(2), 243-254. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/19Peru.pdf

Adicionalmente, la situación del sector salud también debe ser analizada como industria, como se muestra en la Figura 8, la cual determina los tres mercados a los que van dirigidos los servicios, en este caso, la fragmentación del sistema público y la seguridad social no permite lograr mejores convenios, negociaciones y adquisiciones de servicios, como si lo logra el sector privado. (Maximixe, 2012)

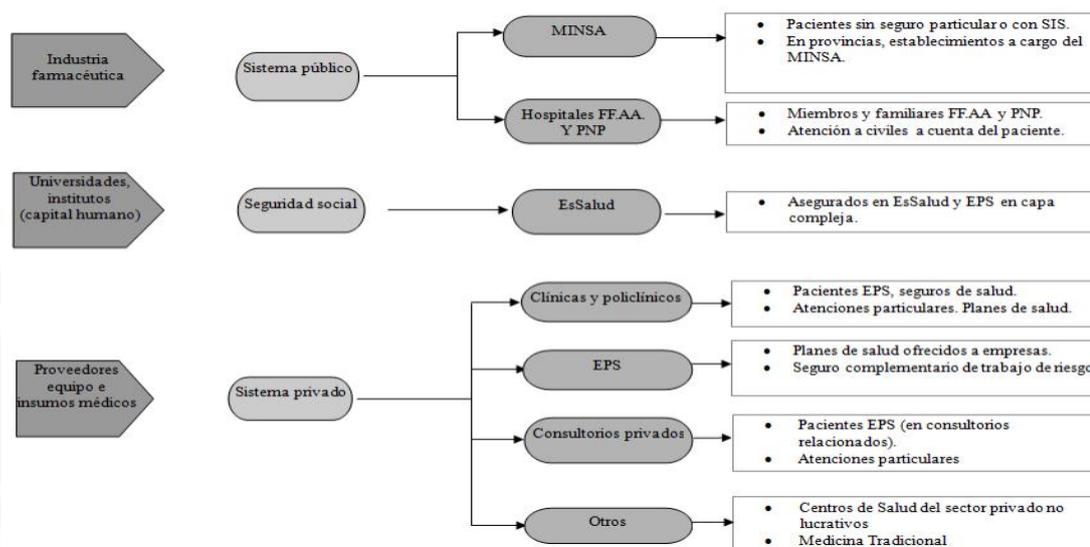


Figura 8. Mercado de servicios de Salud.

Tomado de "Informe especial servicios de salud", por Maximixe, 2012. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/alosilla_levaggi_pe%c3%91a_rodriuez_salud_privada.pdf

Financiamiento y gasto de salud en el Perú. Uno de los componentes

fundamentales de la salud, además de contar con una adecuada estructura organizacional, es contar con una adecuada estructura de financiamiento. La OPS sostiene que "deben asignarse recursos suficientes hasta lograr que la situación de salud de la población alcance niveles determinados por criterios de necesidad" (OMS, 2014); sin embargo, aún no se ha definido una estructura o modelo de financiamiento más adecuada que otro. Cabe resaltar que diferentes estudios han registrado que:

...la relación entre el gasto en salud y los resultados obtenidos sigue la forma de una función exponencial. A partir de un determinado nivel de gasto per

cápita se encuentra un punto de inflexión luego del cual el gasto registraría un rendimiento marginal decreciente. (OMS, 2014)

Según el MINSA, las tres principales fuentes de financiamiento del sistema de salud peruano son los hogares con 34.2%, el gobierno con 30.7% y los empleadores con 30.5% (OIT, 2013), tal como se aprecia en la Figura 9.

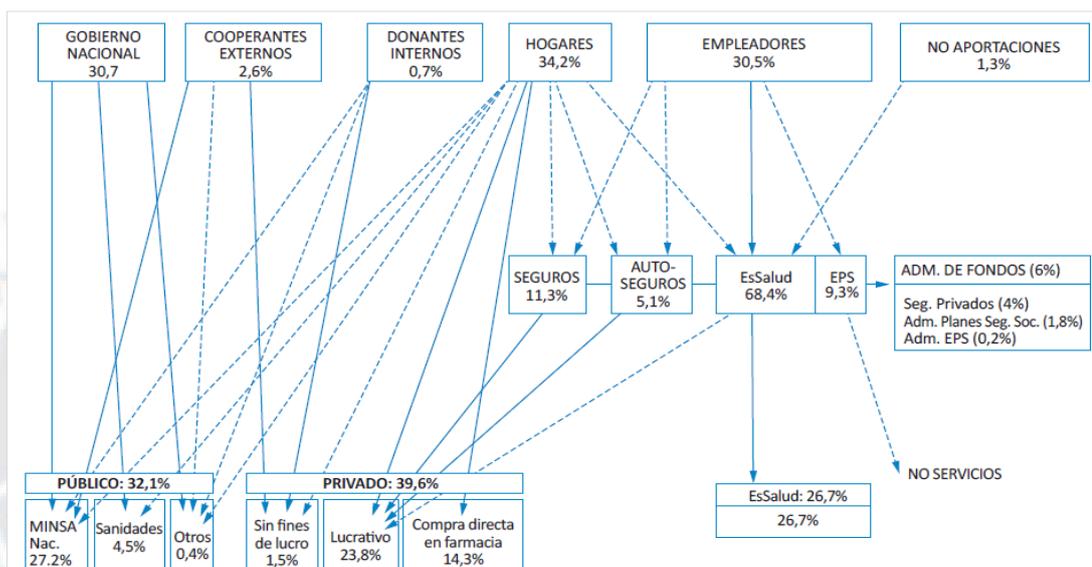


Figura 9. Flujos del sistema de salud: Financiadores, fondos y prestadores, 2005.

Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

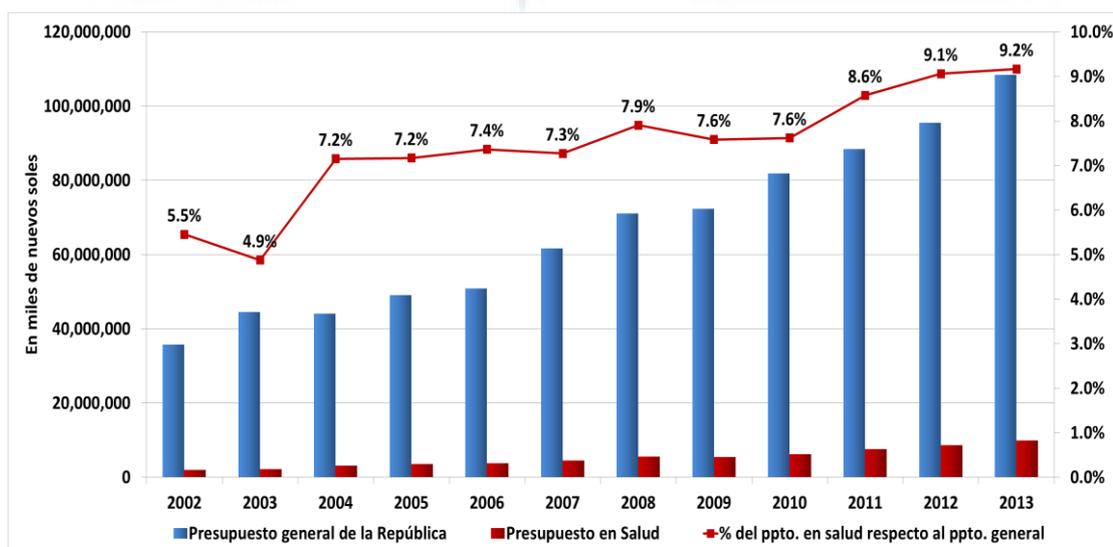


Figura 10. Evolución del PBI y gasto público en salud en el Perú, 2002-2013

Tomado de "Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú" por MINSA, 2013a. Recuperado de:

http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/2._Jose_Del_Carmen_Sara_-_Antecedentes_y_Perspectivas_de_la_Reforma_de_la_salud_en_el_Peru.ppt

En el caso de sistema de salud peruano, el gasto público en salud, entiéndase como el presupuesto de salud del gobierno, se ha incrementado desde el año 2003, alcanzando un porcentaje del 9.2% del Presupuesto General de La República en el 2013, como se ve en la Figura 10. (MINSA, 2013a).

Según la Figura 11, el presupuesto de apertura asignado al Sector Salud del Perú para el 2014 se incrementará 22% respecto al monto asignado en el 2013, ascendiendo a un total de S/. 6,308 millones, además indicó que:

...este presupuesto está dirigido a cumplir con los objetivos estratégicos que se ha trazado el Sector Salud e implica reducir la desnutrición crónica en los menores de cinco años, reducir la morbi-mortalidad materno neonatal en la población más vulnerable, disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles (especialmente en la población pobre), disminuir las enfermedades transmisibles y reducir los trastornos y lesiones contra la salud originadas por factores externos (emergencias de desastres) (MINSA, 2013c, párr.13).

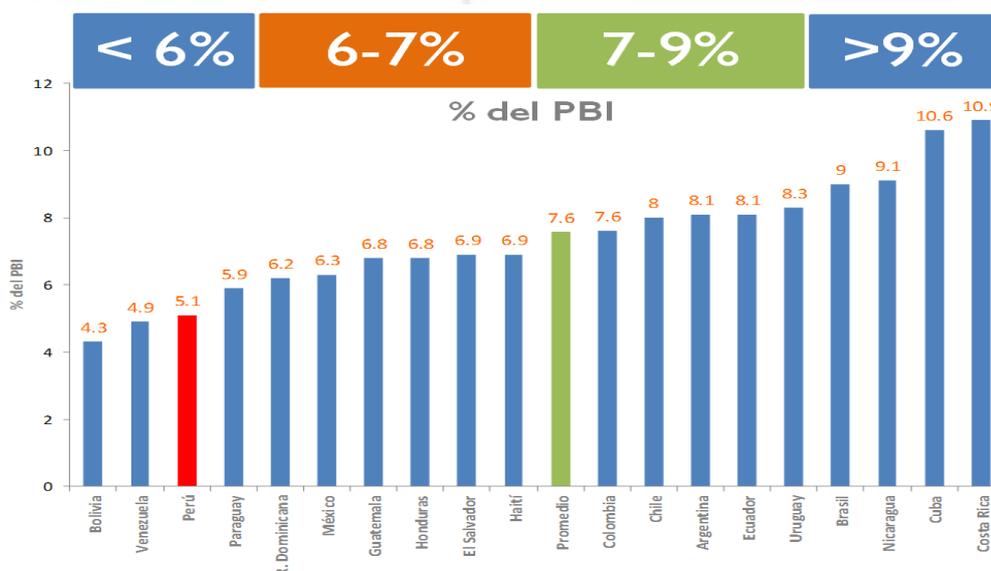


Figura 11. Gasto total en salud por país en Latinoamérica (en % del PBI), 2010.

Tomado de “Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú” por MINSA, 2013a. Recuperado de: http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/2._Jose_Del_Carmen_Sara_-_Antecedentes_y_Perspectivas_de_la_Reforma_de_la_salud_en_el_Perú.ppt

A pesar del incremento registrado en los últimos años, según se muestra en la Figura 11, es importante señalar que este valor es sólo 5.1% de gasto público del PBI, y aún se encuentra por debajo del promedio de la región, 7,6%, y del rango esperado entre 7 a 9% (MINSA, 2013a) siendo insuficiente el financiamiento, según la Figura 12, estando el gasto público per cápita del Perú de 113 USD entre el 2008 y el 2009, muy por debajo de lo invertido por Argentina, Brasil y Uruguay, con un promedio de 706 USD per cápita (OPS, 2012b), como se muestra en la Tabla 1.

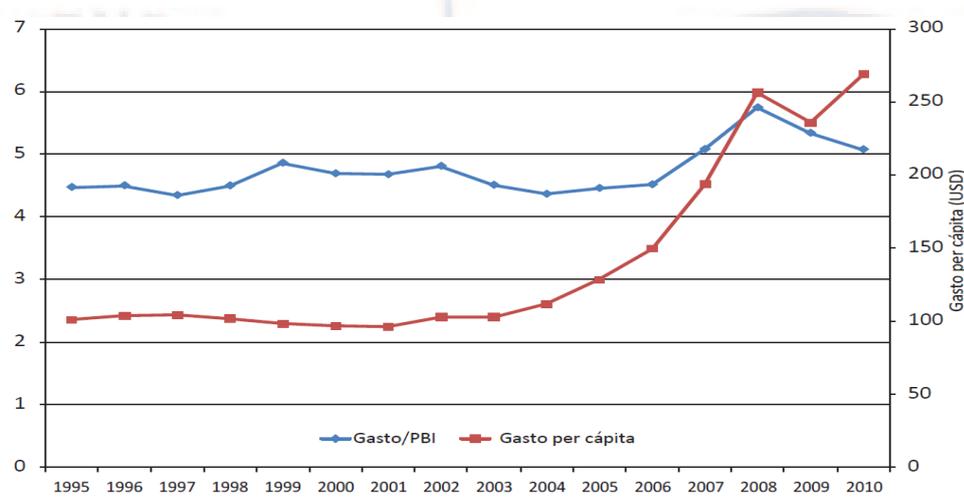


Figura 12. Gasto en servicios de salud, 1995-2010.
Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Tabla 1

Gasto público per cápita de salud en Sudamérica, 2000-2009

País	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Argentina	452	380	418	530	690
Bolivia	55	60	55	51	66
Brasil	492	534	569	642	711
Chile	500	492	465	440	545
Colombia	148	155	202	257	300
Ecuador	12	9	15	28	47
Paraguay	25	40	31	42	45
Perú	98	114	123	118	113
Uruguay	670	589	591	675	719
Venezuela	196	184	214	270	n/d
Sudamérica	360	373	402	460	542

Nota: Datos en USD, n/d = no hay data; Guyana y Suriname sin información. Fuente: CEPAL, 2011. Tomado de “Salud en Sudamérica, edición de 2012: Panorama Social de América Latina y el Caribe” por OPS, 2012. Recuperado de: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf)

Sin embargo, el MINSA reportó que el monto del gasto per cápita en salud para el Perú habría ascendido a 260 USD para el 2010, desarrollándose desde el 2004 en más de un 200% (OIT, 2013), tal como se muestra en la Figura 12. Aún así, según los indicadores para el desarrollo mundial que publicó el Banco Mundial en el 2010, el gasto total per cápita en salud del Perú está muy por debajo del promedio de la región latinoamericana alcanzando tan solo los 302 USD per cápita, mientras que el promedio de la región estaría en los 845 USD y el rango promedio esperado sería de 500 a 1000 USD (CNS, 2013), según Figura 13:

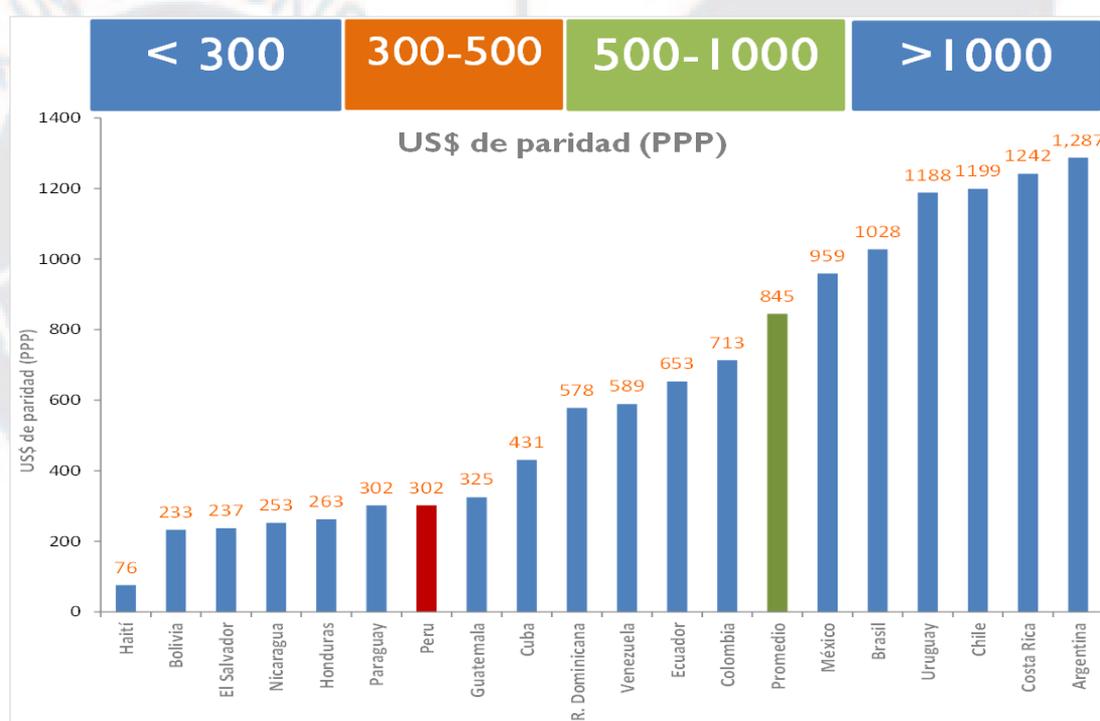


Figura 13. Gasto total en salud en países latinoamericanos (en USD). 2010.

Tomado de "Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud" por CNS, 2013. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>

Cobertura de la población del Perú. El resultado obtenido al trabajar bajo la actual estructura organizacional y financiamiento del sistema salud es que aún el 38.2% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro; sin embargo, desde el 2002 hasta el 2012, el porcentaje de cobertura se ha invertido, habiendo aumentado la

cobertura en 50 por ciento durante los últimos diez años, desde un 40.4% hasta un 61.8%, soportado por el desarrollo por el aseguramiento de la población al Seguro Integral de Salud (MINSA, 2012a), tal como se indica en la Figura 14 y alineado a la Ley N°29344, ley marco de aseguramiento universal en salud instaurado por el Congreso de la República en el año 2009.

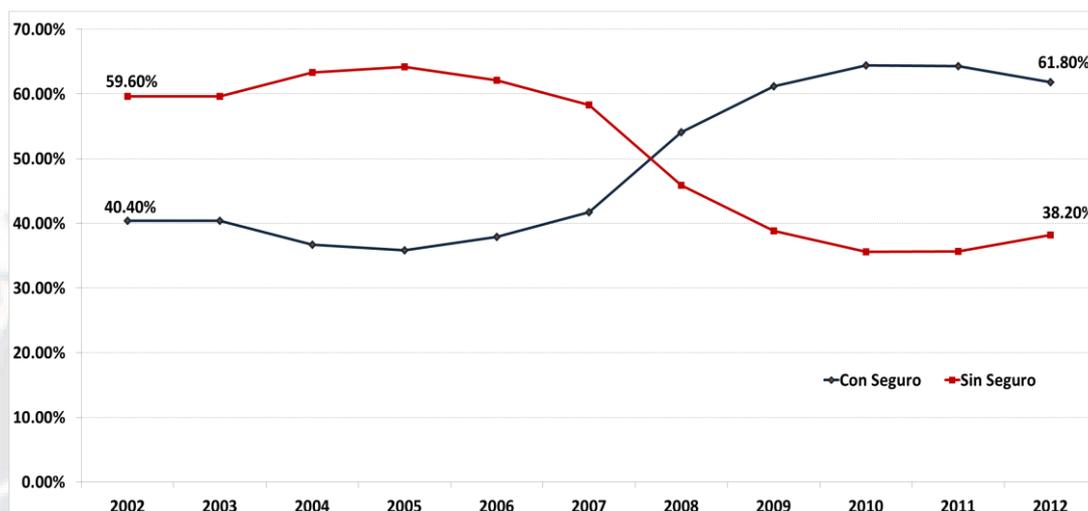


Figura 14. Tendencia del Aseguramiento en el Sistema de Salud. Perú, 2002-2012. Tomado de “Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud” por CNS, 2013. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>

Por otro lado, es importante notar que el desarrollo en la cobertura en salud se ha dado sobre todo en los sectores más necesitados, esto es para la población calificada en extrema pobreza de un 35% a un 75% y en pobreza no extrema de un 34.3 a un 62.3%, ambos durante el mismo período entre el 2002 y el 2012, tal como se muestra en la Figura 15, positivo desarrollo teniendo en cuenta que según la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) conformada en 1998 por la OMS, “las enfermedades prevenibles tienen un efecto desproporcionado sobre las poblaciones más pobres y que éstas soportan la peor parte de la carga financiera de las enfermedades” (OMS, 2006, p.13).

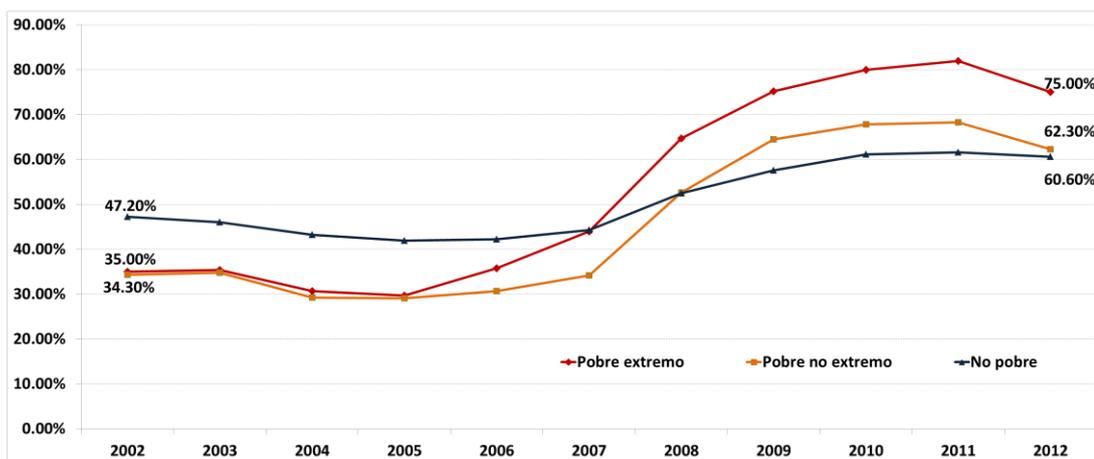


Figura 15. Tendencia del Aseguramiento en el Sistema de Salud, según nivel de Pobreza. Perú, 2002-2012. Tomado de “Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud” por CNS, 2013. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>

Esto se ve también representado en la Figura 16, en la que se identifican zonas como Loreto, Huánuco, Huancavelica, Apurímac y Ayacucho con más del 80% de cobertura de la población, por otro lado Lambayeque, Lima, Junín, Pasco, Madre de Dios y Tacna aún están entre un 40% y 60% de cobertura, mientras que el resto del país está entre el 60% y 80% de cobertura (CNS, 2013).

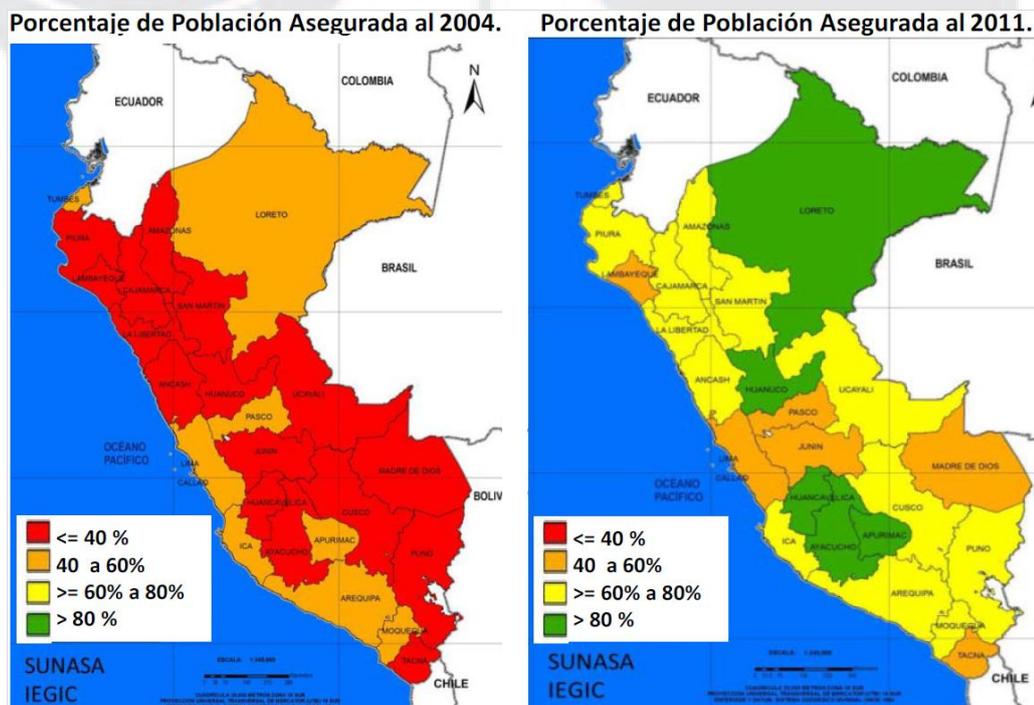


Figura 16. Evolución del porcentaje de Población Asegurada en Salud. Perú, 2004 y 2011. Tomado de “Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud” por CNS, 2013. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>

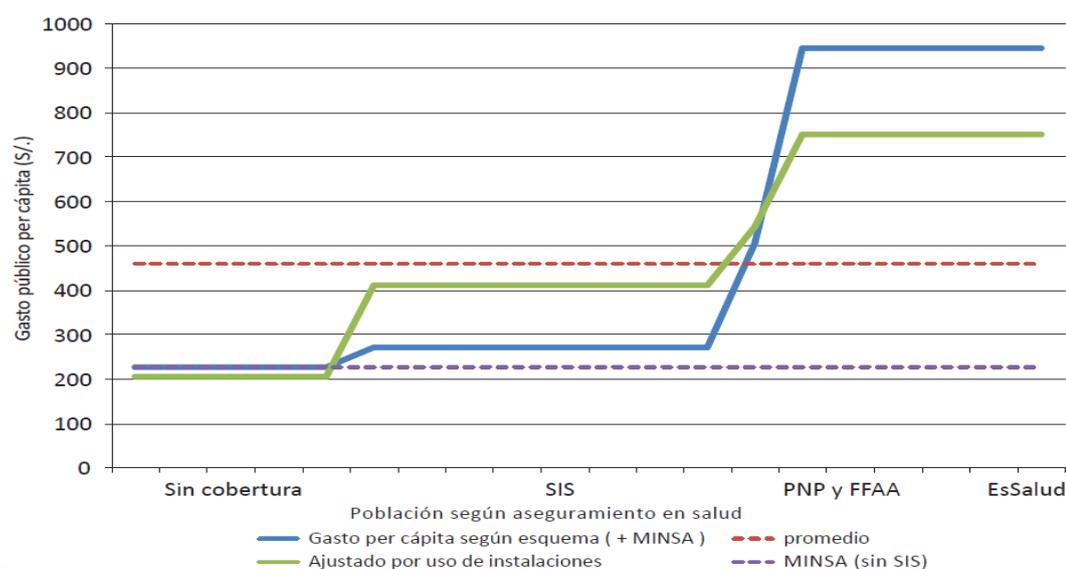


Figura 17. Gasto público per cápita, según aseguramiento en salud, 2011
Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Finalmente, en la Figura 17 muestra que el rango de gasto per cápita según el tipo de aseguramiento con el que cuenta es muy disperso, yendo desde los 200 soles (70 USD) hasta los 950 soles (340 USD), usando la tasa de cambio actual de 2.8 PEN/USD, siendo la población que cuenta con seguro de EsSalud los que asumen un mayor gasto per cápita (OIT, 2013). Cabe señalar que el incremento en el gasto es posible debido a que la pobreza y la pobreza extrema se han reducido de un 54.8% a 30% y de un 24.4% a un 8.7%, respectivamente, entre el 2001 y el 2011, según la Figura 18 (EsSalud, 2012).

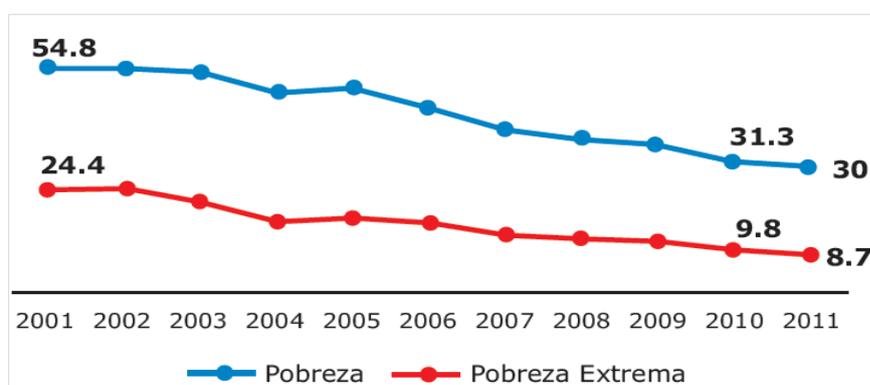


Figura 18. Tasa de Pobreza en el Perú (% de la población total). 2001 - 2011.
Tomado de “Plan Estratégico Institucional 2012-2016” por EsSalud, 2012. Recuperado de:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

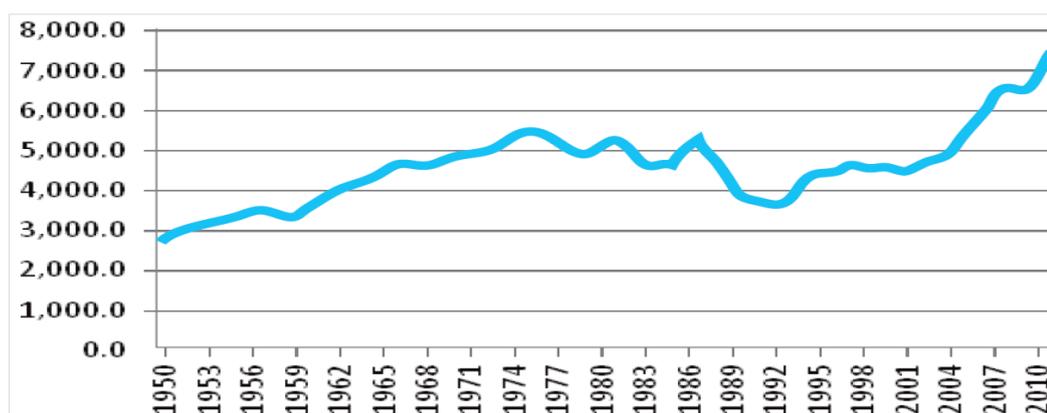


Figura 19. Evolución del PBI per cápita, Perú 1950-2011.

Tomado de “Plan Estratégico Institucional 2012-2016” por EsSalud, 2012. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

Así mismo, el ingreso per cápita se ha desarrollado hasta alcanzar aproximadamente los 7,500 soles per cápita en el 2010 (EsSalud, 2012), según se muestra en la Figura 19. Sin embargo, el crecimiento no es igual para todos los departamentos a nivel nacional, pudiendo observar importantes diferencias entre las regiones del país y concentrando el mayor PBI per cápita en Moquegua, Lima, Arequipa, Tacna e Ica con un promedio de 10,370 soles per cápita, mientras que otras departamentos como Puno, Amazonas, Huánuco y Apurímac sólo cuentan con un 2,516 soles per cápita en promedio (EsSalud, 2012), según Figura 20.

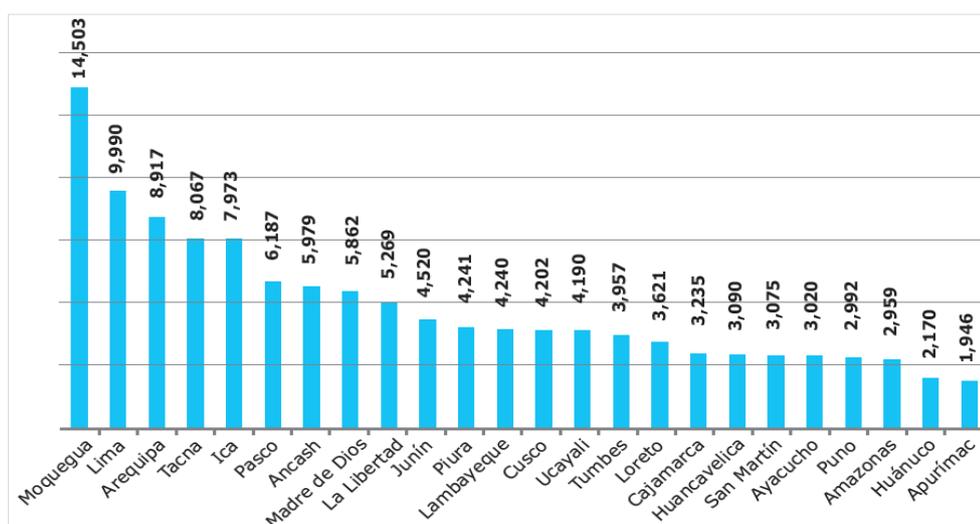


Figura 20. PBI per cápita departamental, Perú 2010.

Tomado de “Plan Estratégico Institucional 2012-2016” por EsSalud, 2012. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

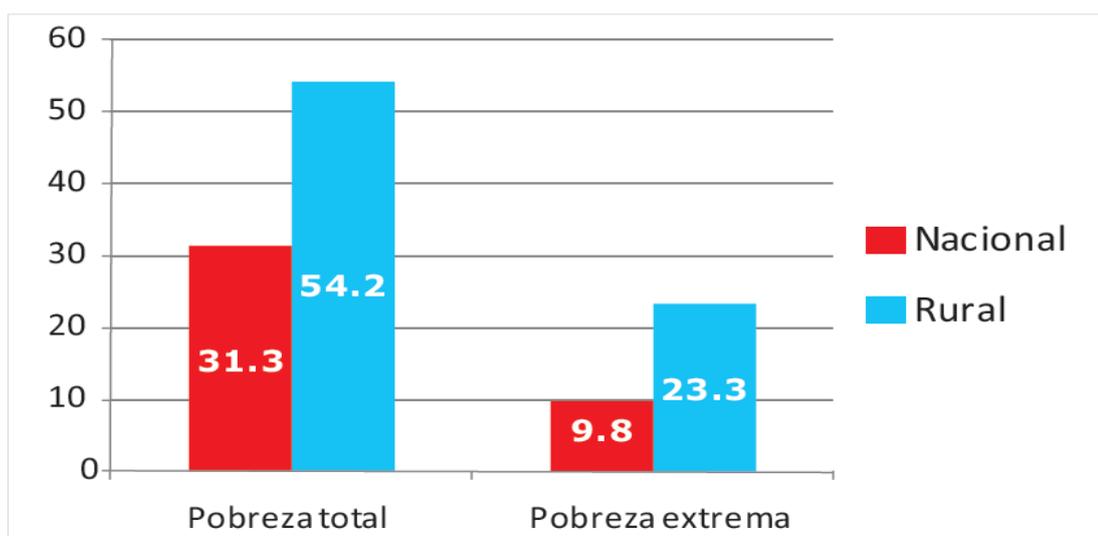


Figura 21. Pobreza total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural.
Tomado de “Plan Estratégico Institucional 2012-2016”, por EsSalud, 2012. Recuperado de:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

Indicadores demográficos. El desarrollo económico del país también ha mostrado un importante impacto positivo sobre los indicadores de salud de país, por ejemplo la esperanza de vida al nacer ha mejorado en tanto el PBI per cápita hizo lo mismo entre los años 1950 y 2011, evolucionando desde 43.2 hasta 74.1 años (EsSalud, 2012), tal como se muestra en la Figura 22.

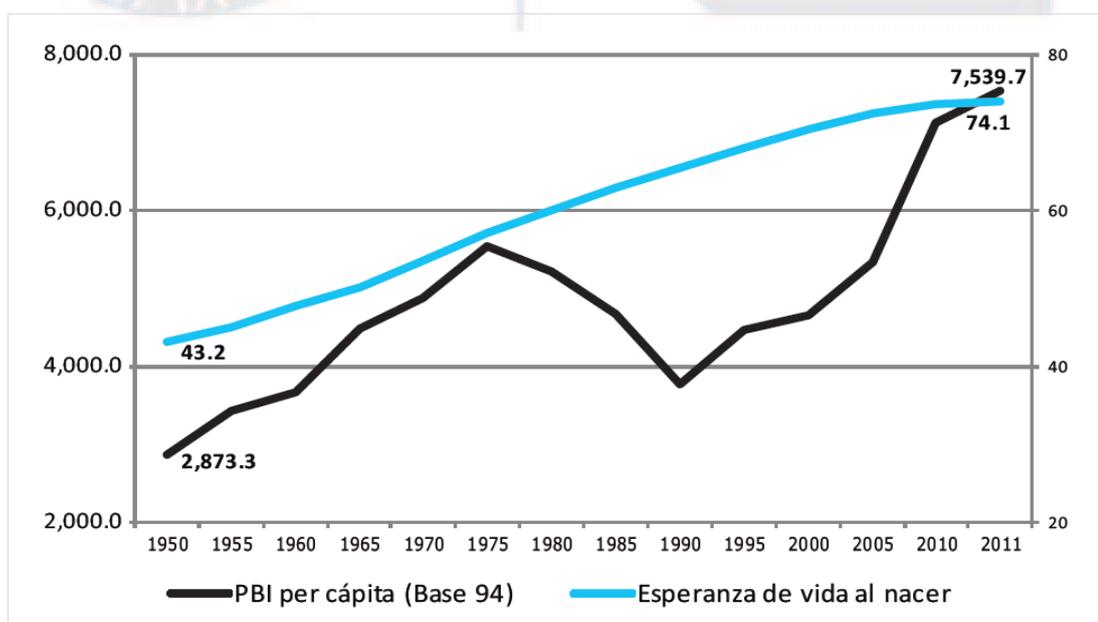


Figura 22. PBI per cápita y Esperanza de vida al Nacer. Perú total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural.
Tomado de “Plan Estratégico Institucional 2012-2016”, por EsSalud, 2012. Recuperado de:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

No solo se ha mejorado la expectativa de vida, sino que también la tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos se ha comportado de forma directamente negativa, reduciéndose de 158.6 hasta 17, entre los períodos de 1950 y 2012 (CNS, 2013), tal como se muestra en la Figura 23.

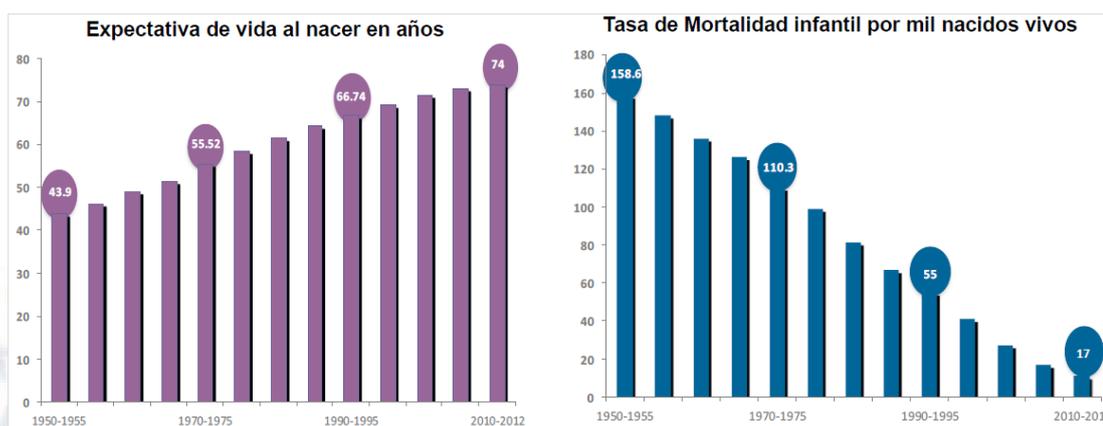
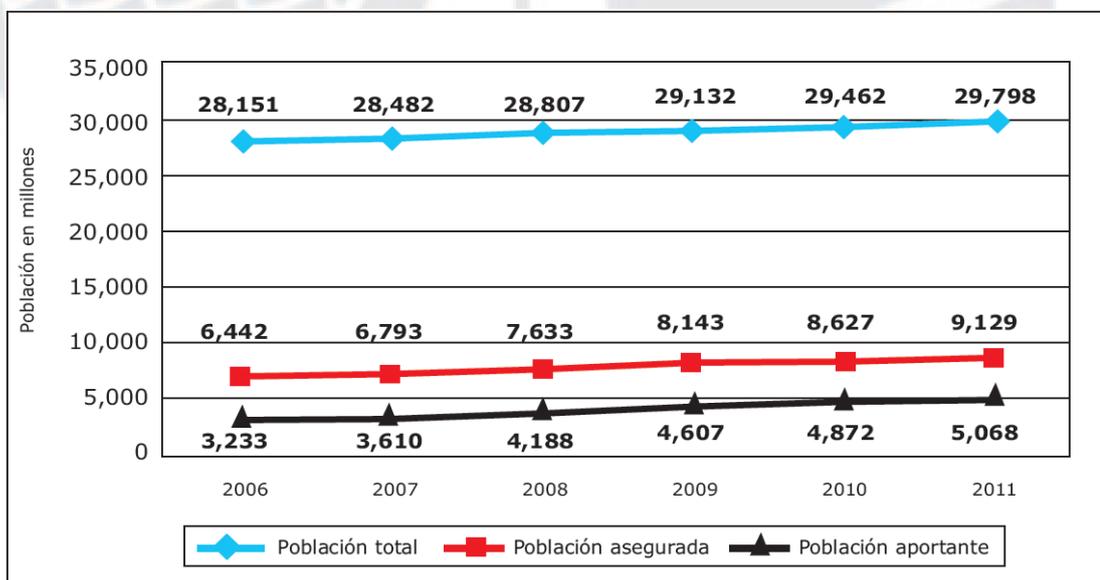


Figura 23. Expectativa de Vida al nacer y Tasa de Mortalidad Infantil. Perú, 1950 - 2012.
Fuente INEI, ENDES 2011. Tomado de "Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud" por CNS, 2013.
Recuperado de:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Porcentaje de Asegurados respecto a la población total del país	22.9%	23.8%	26.5%	28.0%	29.3%	30.6%
Porcentaje de Asegurados respecto a la población total del país	11.5%	12.7%	14.5%	15.8%	16.5%	17.0%

Figura 24. PBI per cápita y Esperanza de vida al Nacer. Perú total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural.
Tomado de "Plan Estratégico Institucional 2012-2016", por EsSalud, 2012. Recuperado de:
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

La mejora de la esperanza de vida en el Perú y la caída en la mortalidad infantil, han ayudado al desarrollo de la población, evolucionando de 28,151 a 29,798 millones de habitantes, como se ve en la Figura 24. Sin embargo, la distribución de la población no es homogénea, sino que se encuentra concentrada sobre todo en la provincia de Lima (OIT, 2013), como se muestra en la Figura 25 y Figura 26:

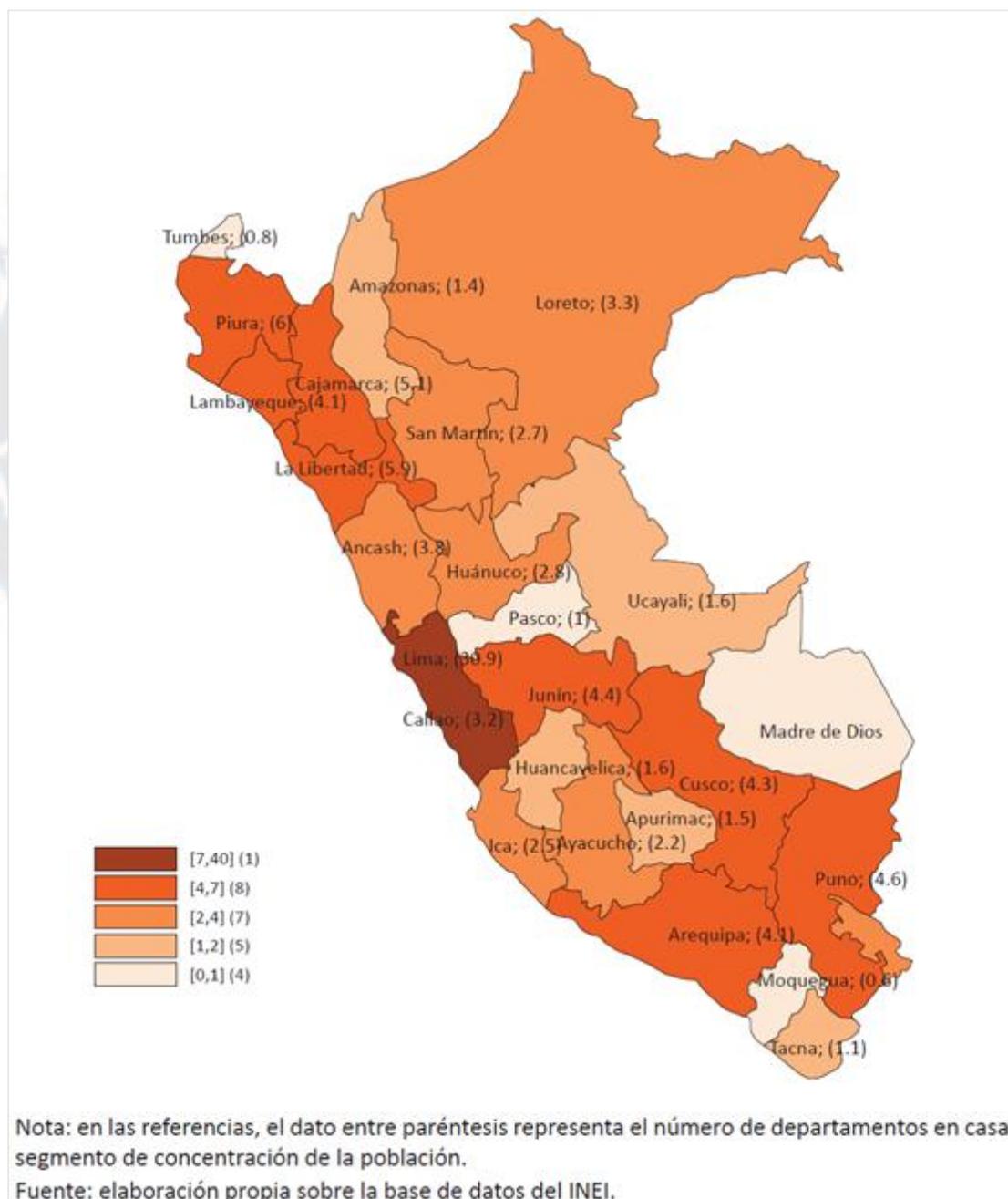


Figura 25. Distribución de la población por departamentos (%), 2010.

Fuente: INEI. Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

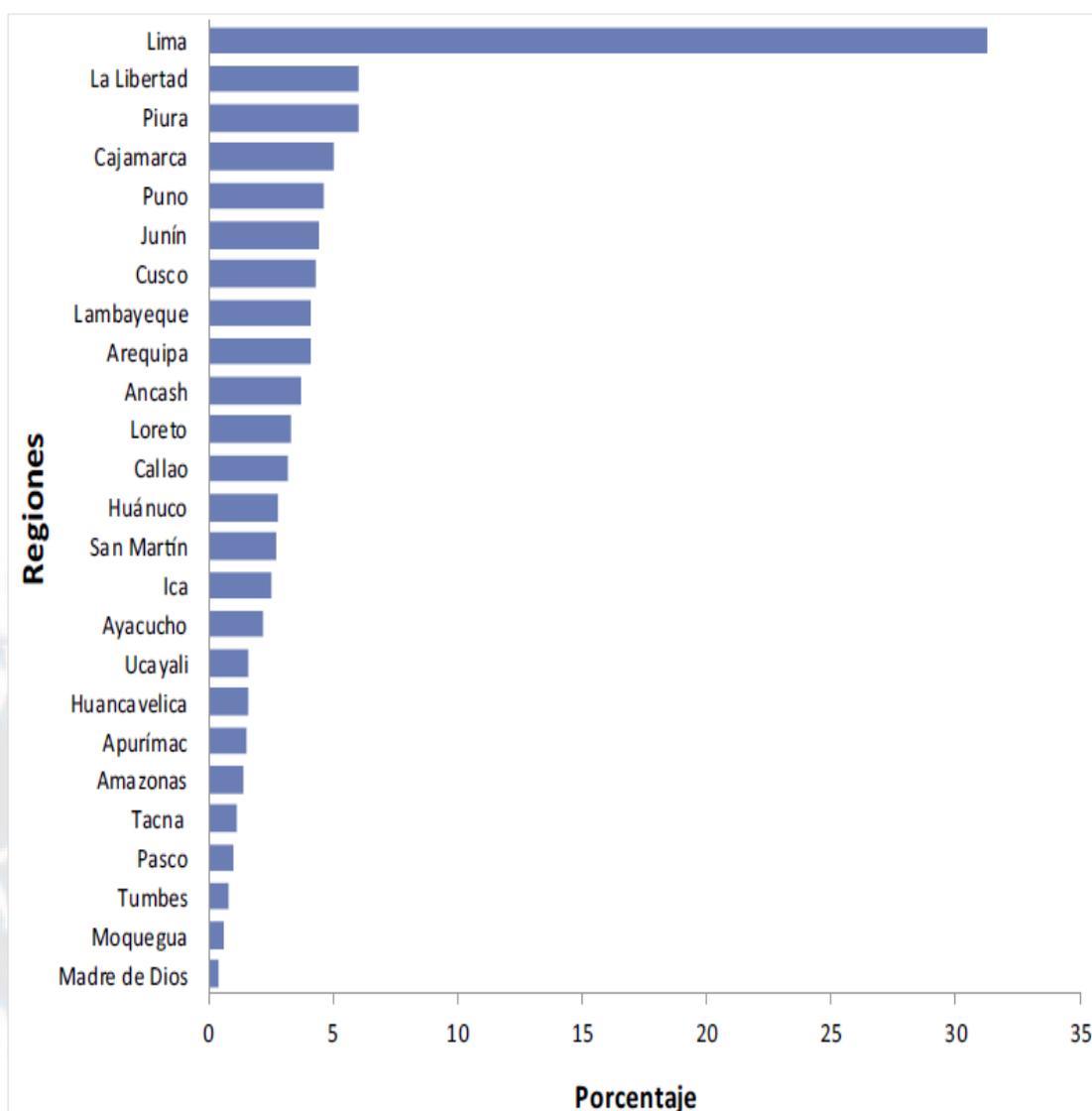


Figura 26. Población del Perú para el 2013 porcentaje por regiones.

Fuente: INEI. Recuperado de “Análisis de Situación de Salud del Perú”, MINSA 2013. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Del mismo modo, la esperanza de vida al nacer tiene fuertes variaciones dependiendo del departamento, siendo generalmente los departamentos con mayores ingresos los que mayor expectativa de vida tienen, tales como Lima (y Callao), Ica, Arequipa, Lambayeque, Moquegua, La Libertad y Tacna. Además, este incremento en la esperanza de vida “es relativamente mayor en los departamentos que muestran una mayor tasa de mortalidad” (OIT, 2013, p.21), según se ve en la Figura 27:

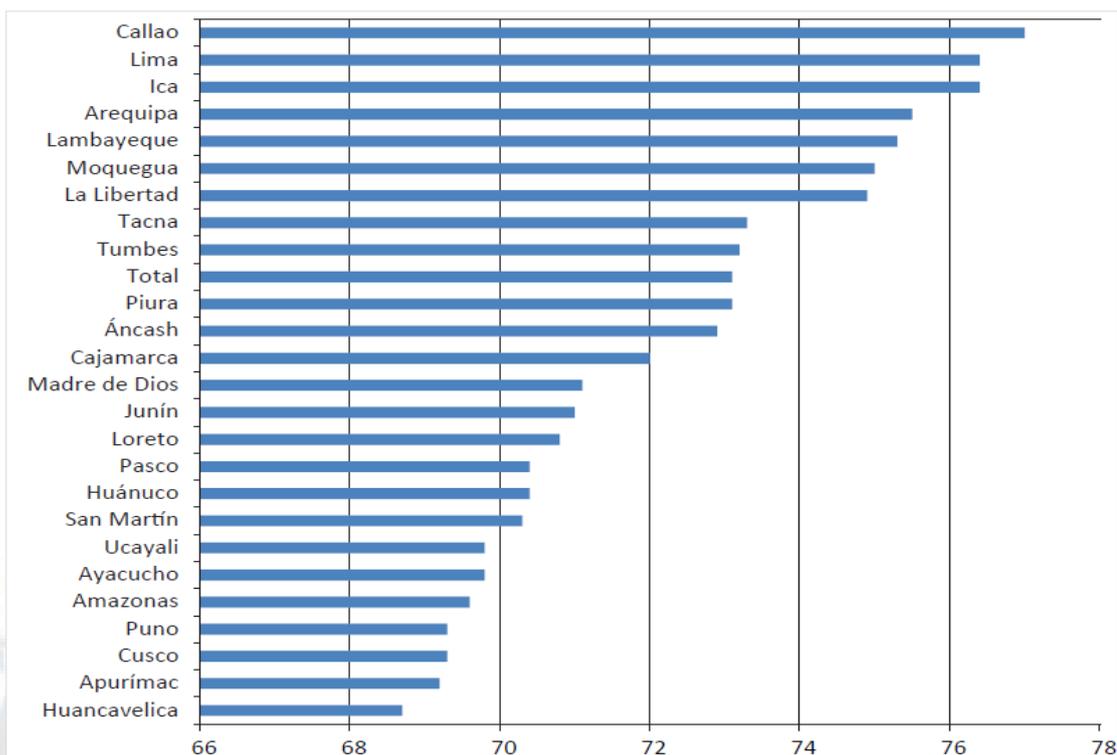


Figura 27. Esperanza de vida al nacer por departamento (%), 2005-2010.

Fuente: INEI. Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

En cuanto a la composición por edad de la población peruana para el 2013, esta permanece aún joven, como se muestra en la Figura 28:

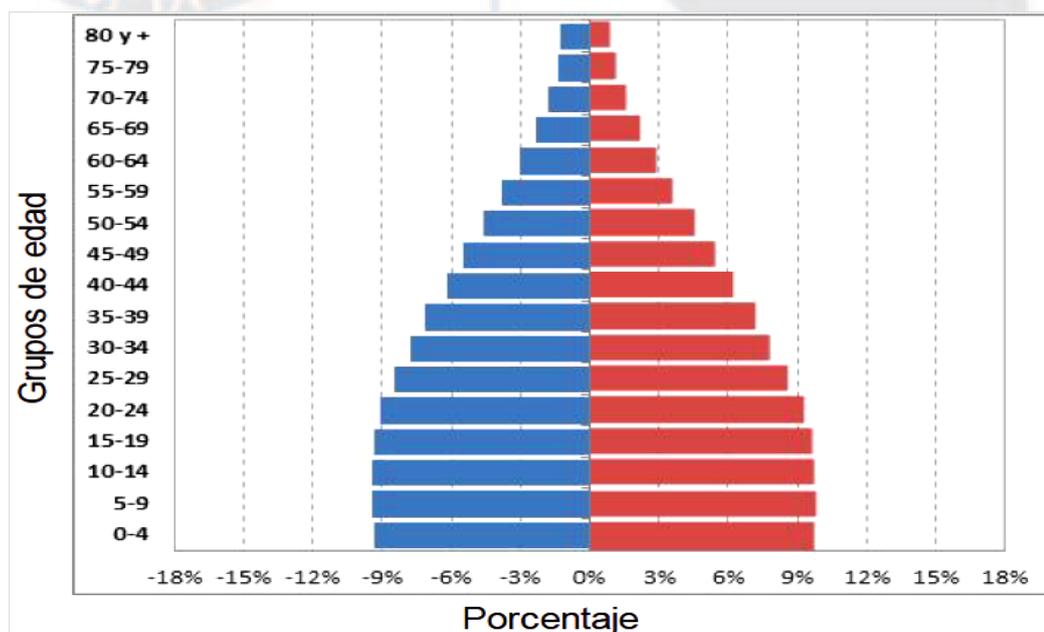


Figura 28. Pirámide poblacional del Perú 2013.

Fuente: INEI. Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

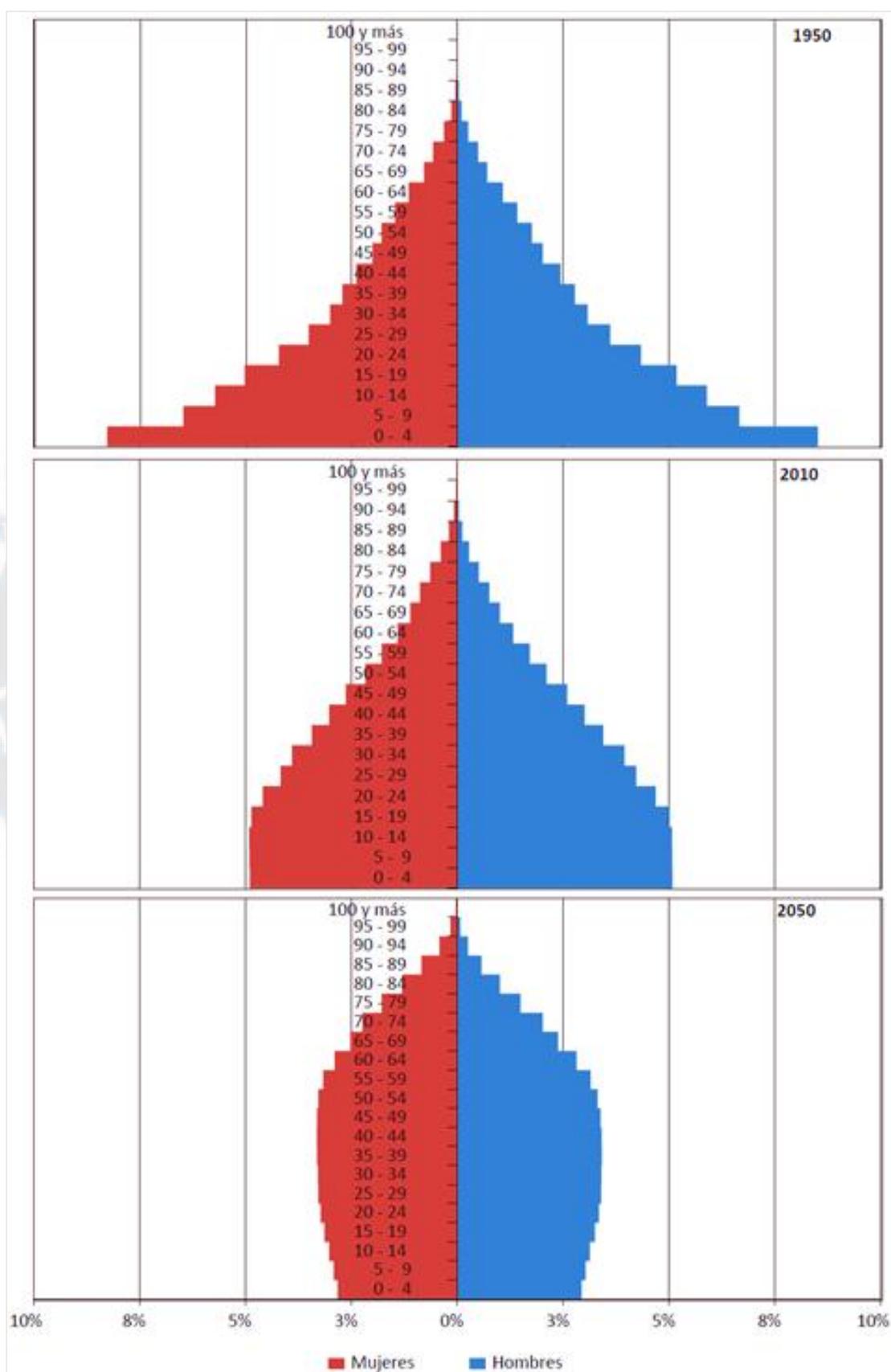


Figura 29. Composición de la población peruana por género y grupo etario.

Fuente: CELADE, Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Sin embargo, para el 2050, la población peruana tenderá a ser más adulta que joven. Según el INEI, se espera que la evolución en la composición de la población por edades desarrolle sobre todo la población adulta entre los 15 y 64 años, alcanzando un 67% de la población peruana (OIT, 2012), según se muestra en la Figura 29 y Figura 30. Esta notoria tendencia no sólo hace prever que el gobierno deberá planificar e implementar medidas correspondientes para adaptar al Sector Salud para atender al adulto mayor dado que el futuro cercano será un nuevo reto.

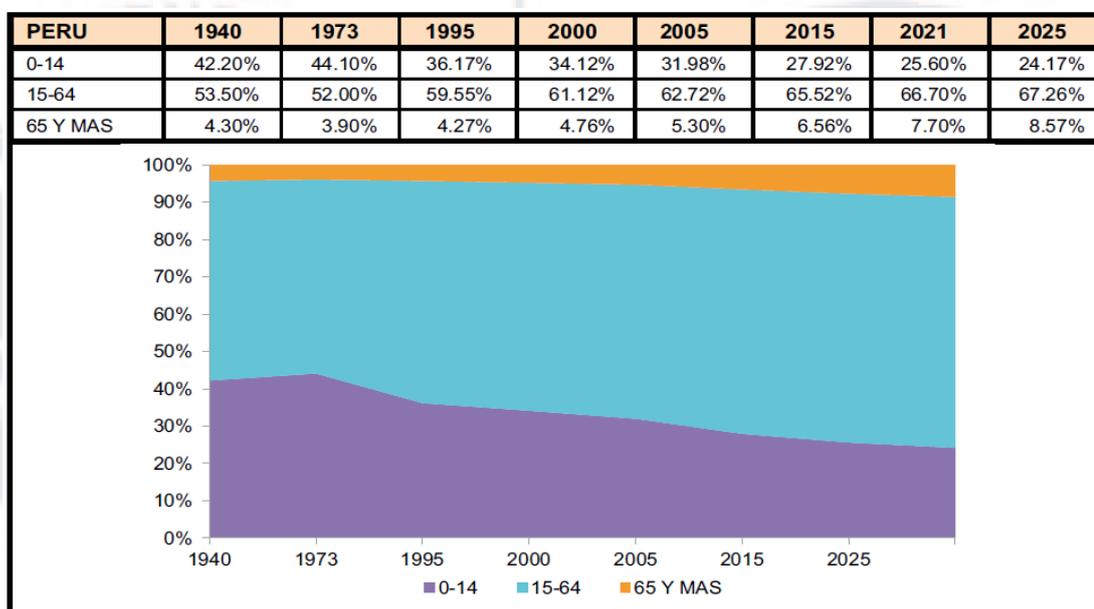


Figura 30. Evolución de la Pirámide poblacional del Perú, 1940 al 2050.

Fuente: INEI (2001), Tomado de “Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)” por OIT, 2012. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_202984.pdf

Adicionalmente, algunos de los fenómenos demográficos identificados en la población peruana son: (a) La reducción en la tasa de crecimiento promedio; (b) La transición demográfica de la población rural a urbana; y finalmente (c) La transición epidemiológica de enfermedades trasmisibles a enfermedades crónicas no trasmisibles. En cuanto a la reducción en la tasa de crecimiento promedio anual, está ha disminuido progresivamente de 3% entre 1961 y 1972, 1.6% en el 2007 y 1.1% en el 2011 (INEI, 2013b); en el 2013 la tasa alcanzó el 1.3% (INEI, 2001).

El segundo fenómeno es la transición demográfica de la población rural a urbana, donde antes 35.4% de la población era urbana y 64.6% rural, ahora 24.1% es rural y 75.9% es urbana (OIT, 2012), según se muestra en la Figura 31; sin embargo, también se evidencia una desaceleración en la tasa de urbanización de la población, reduciéndose el crecimiento urbano de 5.1% anual entre los censos de 1961 y 1972, a sólo 2.1% anual entre los censos de 1993 y 2007 (MINSA, 2013b).

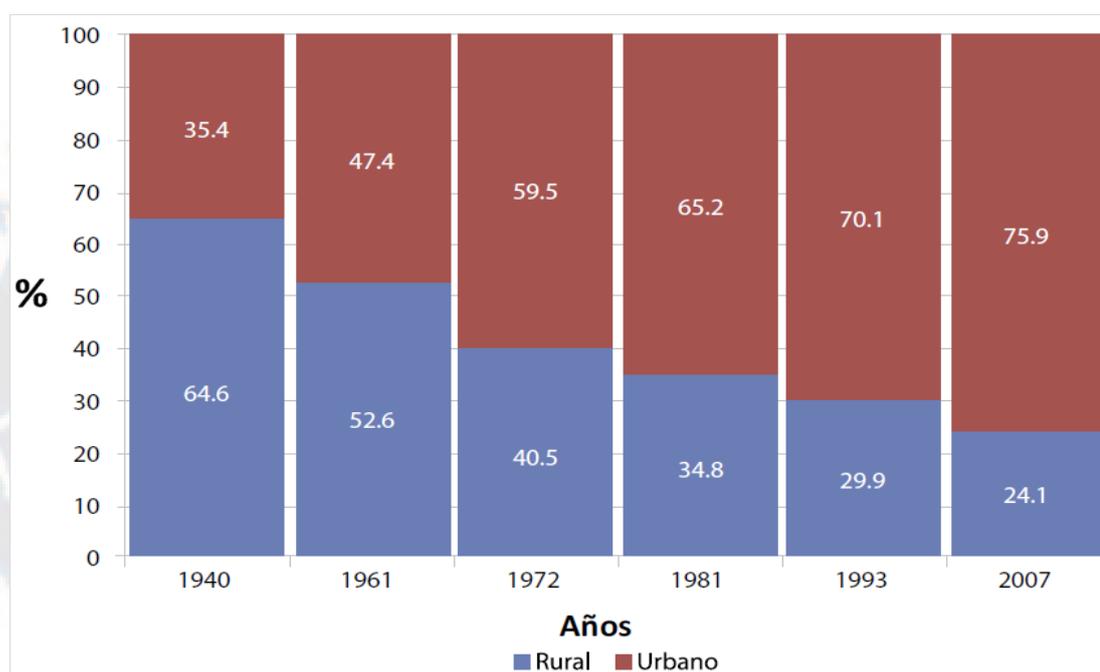


Figura 31. Población censada por área urbana y rural. Perú 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007.

Fuente: INEI, Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Este rápido desarrollo urbano ha generado a su vez la formación de conglomerados urbanos con una población superior a los 20 mil habitantes, 45 ciudades pequeñas con 20 a 50 mil habitantes, 30 ciudades intermedias con 50 a 500 mil habitantes, tres ciudades grandes con 500 mil a un millón de habitantes y una metrópoli de más de un millón de habitantes (aproximadamente 30 millones). Estas ciudades está distribuidas 17 en selva (21%), 21 en la sierra (27%) y 41 en la costa

(52%), aunque esta última sólo representa el 11.4% del territorio nacional, la selva representa el 58.9% y la sierra el 29.7% restante (MINSA, 2013b).

Finalmente, este envejecimiento de la población fomenta el desarrollo del fenómeno de transición epidemiológica en la que las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas toman mayor importancia volviéndose un riesgo latente para la población (MINSA, 2013b), aunque las enfermedades transmisibles siguen siendo la principal causa de muerte (OIT, 2013).

Panorama epidemiológico. Analizando la mortalidad de la población peruana, en la Figura 32 se muestra la distribución de los grupos de causas de muerte por departamento para el año 2009, destacando como la más importante causa de muerte las infecciones respiratorias agudas, con 8.6 defunciones por cada 10,000 habitantes (OIT, 2013).

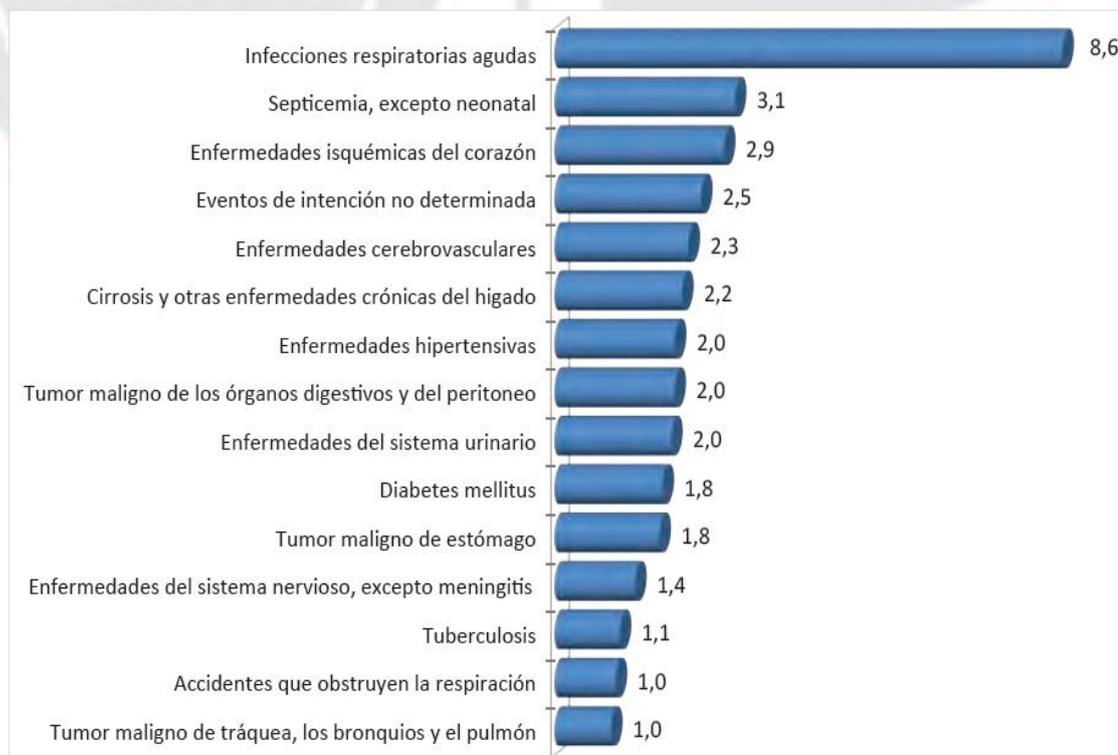


Figura 32. Principales causas de muerte (Muertes cada 10.000 habitantes), Perú 2009.

Fuente: MINSA, Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Según la Figura 33, la distribución de los grupos de causas de muerte se concentra en las enfermedades transmisibles en todas las regiones del Perú, excepto Lambayeque, Moquegua, La Libertad y Huánuco (OIT, 2013).

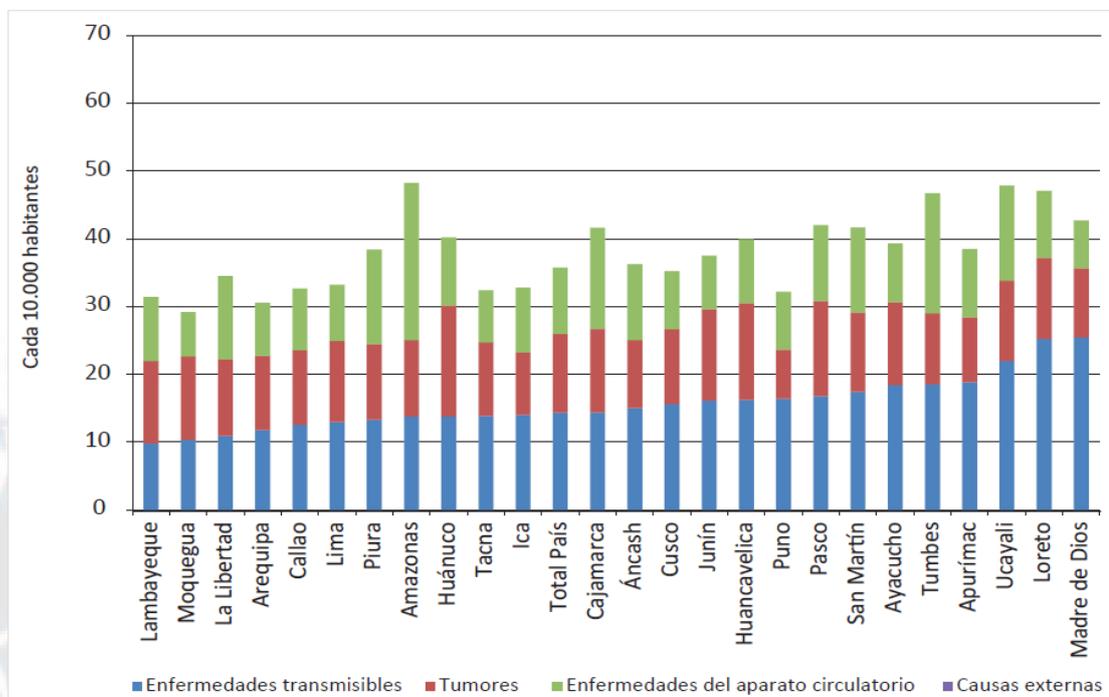


Figura 33. Principales grupos de causas de muerte y regiones (cada 10.000 habitantes), Perú 2009. Fuente: MINSA, Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

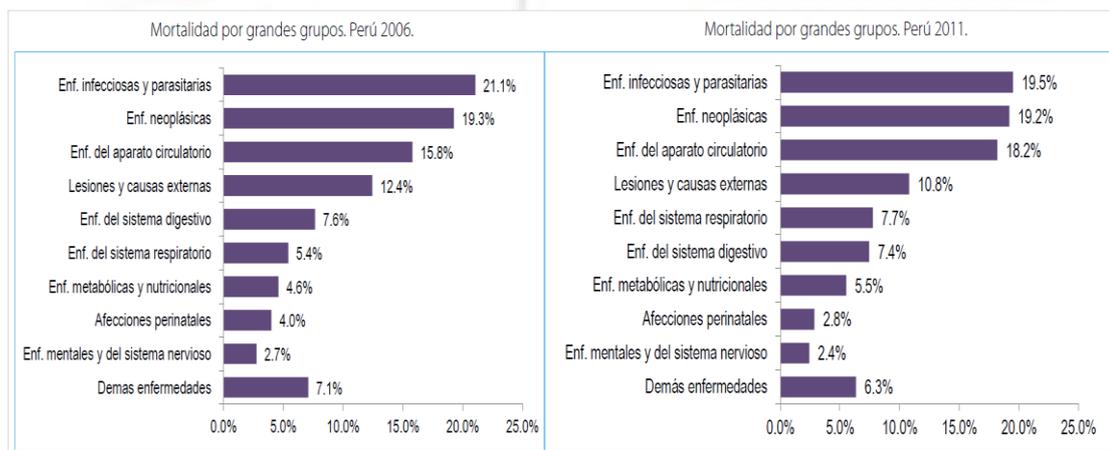


Figura 34. Principales grupos de causas de muerte (en porcentaje), 2006 y 2011. Fuente: INEI. Recuperado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Al analizar la evolución de la mortalidad por grandes grupos, entre el 2006 y 2011 el panorama fue muy similar, siendo las principales fuentes de defunción las enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades neoplásicas y las enfermedades del aparato circulatorio, manteniendo su la incidencia conjunta entre un 56.2% y 56.9% (MINSA, 2013b), tal como muestra la Figura 34.

Al analizar las principales causas de morbilidad, nuevamente las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el primer lugar, en esta ocasión consolidándose de un 38.7% a un 43% entre los años 2009 y 2011 respectivamente (MINSA, 2013b), tal como muestra la Figura 35.

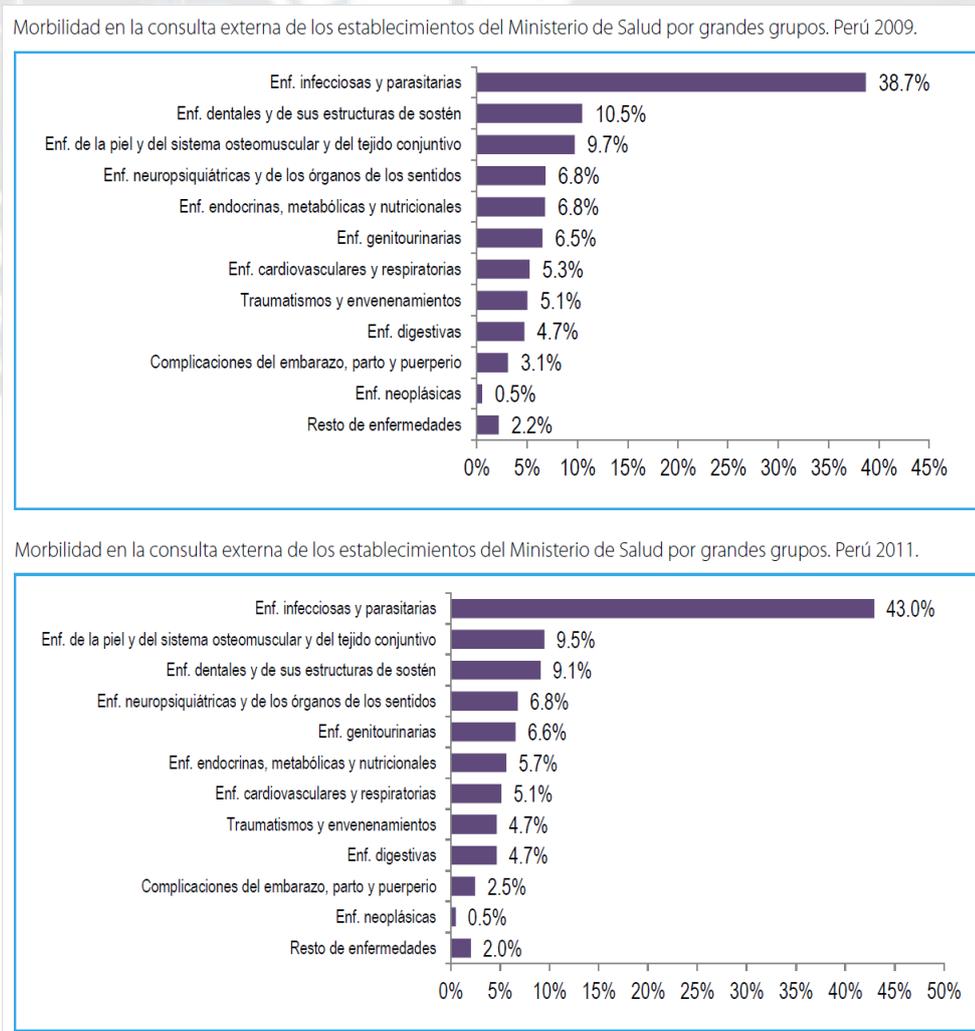


Figura 35. Morbilidad en la consulta externa de los establecimientos del MINSA por grandes grupos. 2006-2009 Fuente: INEI. Recuperado de "Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)", por MINSA, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Es importante notar que la tasa bruta de mortalidad de la población peruana tiene dos etapas, de 1995 al 2004, que se reduce drásticamente, y del 2005 al 2012, donde esta se mantiene casi invariable (MINSA, 2013b)., según la Figura 36:

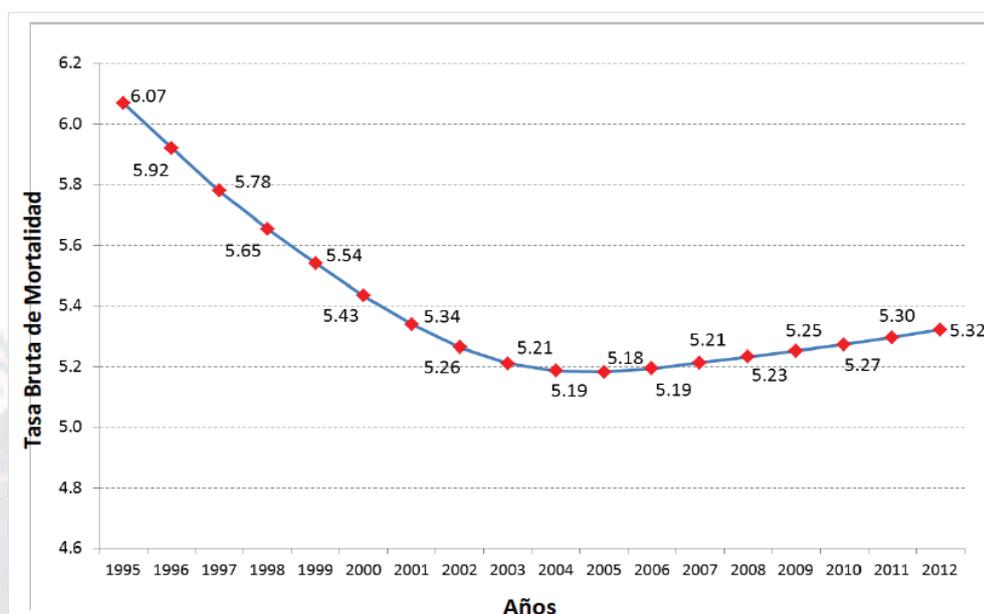


Figura 36. Evolución de la tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes). Perú, 1995 – 2012.

Fuente: INEL. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

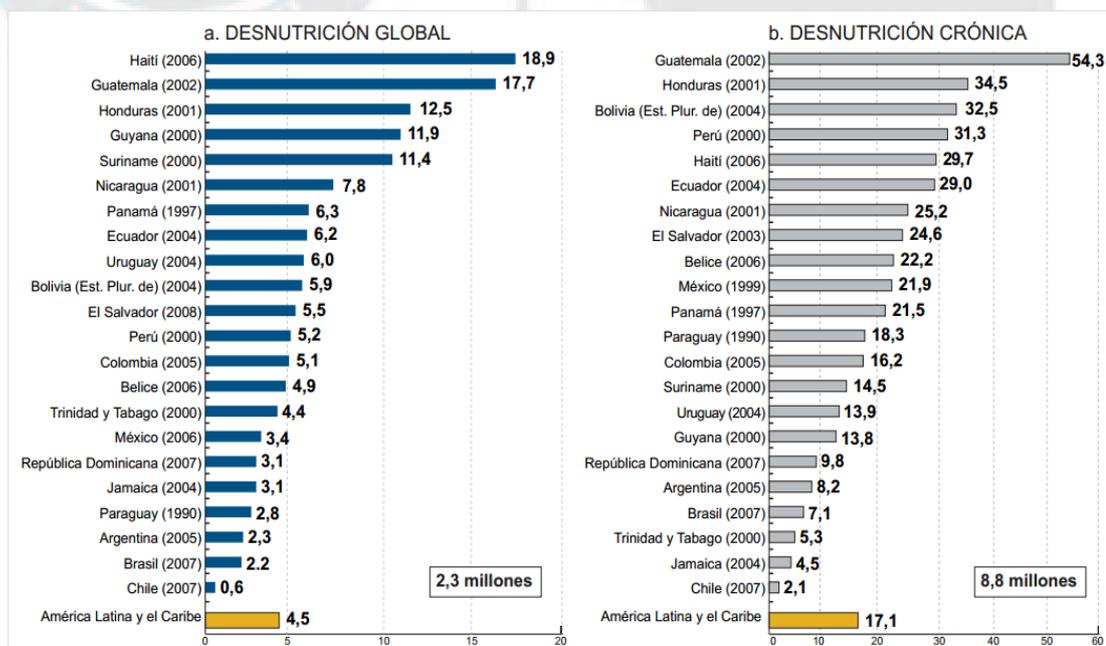


Figura 37. Desnutrición Global y Crónica, según nuevo patrón OMS en niños menores a 7 años (%). 1990-2007. Fuente: CEPAL-UNICEF, Tomado de “Pobreza infantil en Latinoamérica y el Caribe”. Naciones Unidas, 2010. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010(1).pdf)

Otro factor que influye en la mortalidad son los desastres naturales. Estos afectan con mayor probabilidad a los más pequeños, pero los niños y jóvenes también sucumben frente a la desnutrición causada por la escasez de alimentos que a través del tiempo (entiéndase como desnutrición crónica) puede afectar el rendimiento escolar y habilidades de aprendizaje, la falta de acceso al agua y saneamiento deficiente y carencia a otros servicios básicos que se analizan a continuación, así como la interrupción de la educación o separación de sus familiares, que puede llevar a estos jóvenes a la pobreza extrema, siendo esta situación más frecuente para zonas rurales (Naciones Unidas, 2010), tal como se ve en la Figura 37.

Condiciones sociales. Según indica la Dirección General de Epidemiología (DGE) del MINSA:

Existen una serie de condiciones en la población peruana que la hacen susceptibles a la exclusión en salud, entre ellas se encuentran la incidencia de pobreza del 27,8%, la proporción de población sin seguro de salud (37,4%), la proporción de población pobre no asegurada que no usa servicios de salud por razones económicas (11%), el desempleo (25,7% en población pobre), prevalencia de partos no institucionales (13,2%), carencia de agua potable (21,1%) y de desagüe (11,5%). (MINSA, 2013b, p.35).

Por ejemplo, la Figura 38 muestra que en el caso de los servicios básicos de agua, desagüe y energía eléctrica, se presentó una mayor cobertura en los hogares urbanos, frente a los hogares rurales del Perú (MINSA, 2013d). Por otro lado, Perú se encuentra en el último lugar del ranking de América Latina y el Caribe, donde la población infantil tiene un 24.5% de privación grave y hasta un 35.5% privación moderada-grave al acceso de agua potable, así como un 20.8% de privación grave y

hasta un 36.3% de privación moderada-grave de acceso al saneamiento básico (Naciones Unidas, 2010), según indica la Figura 39.

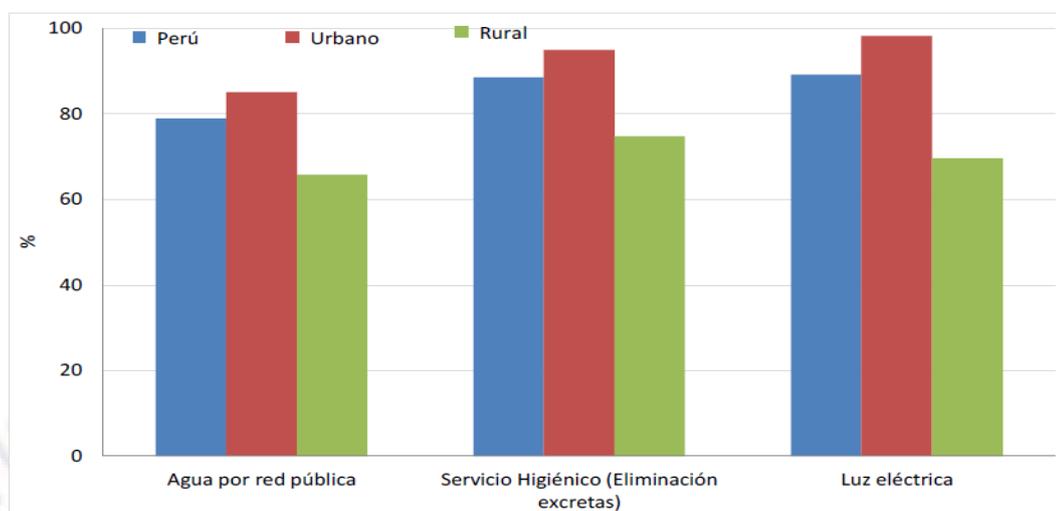


Figura 38. Disponibilidad de agua, desagüe y luz según ámbito urbano / rural. Perú 2012.

Fuente: INEI, ENDES 2012, Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

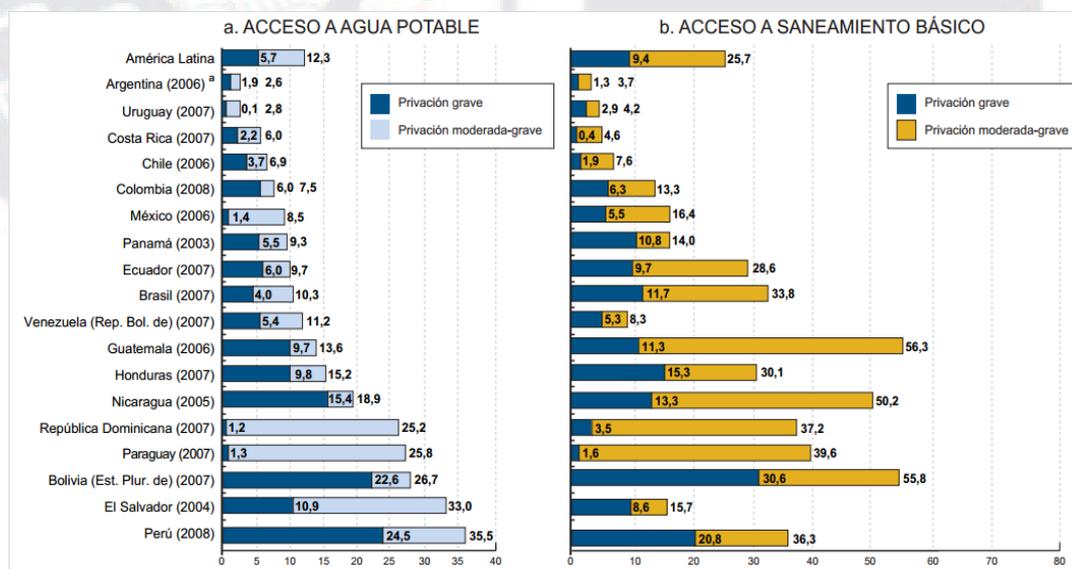


Figura 39. América Latina y el Caribe, niños con privación de acceso al agua y saneamiento (%). 2007.

Fuente: CEPAL. Tomado de “Pobreza infantil en Latinoamérica y el Caribe” por Naciones Unidas, 2010. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010(1).pdf)

A nivel de la población mundial, la Figura 40 indica que el desarrollo de la población tiene un ritmo más acelerado que el acceso a servicios mejorados de agua potable y saneamiento, siendo la tendencia similar (UNICEF, 2012).

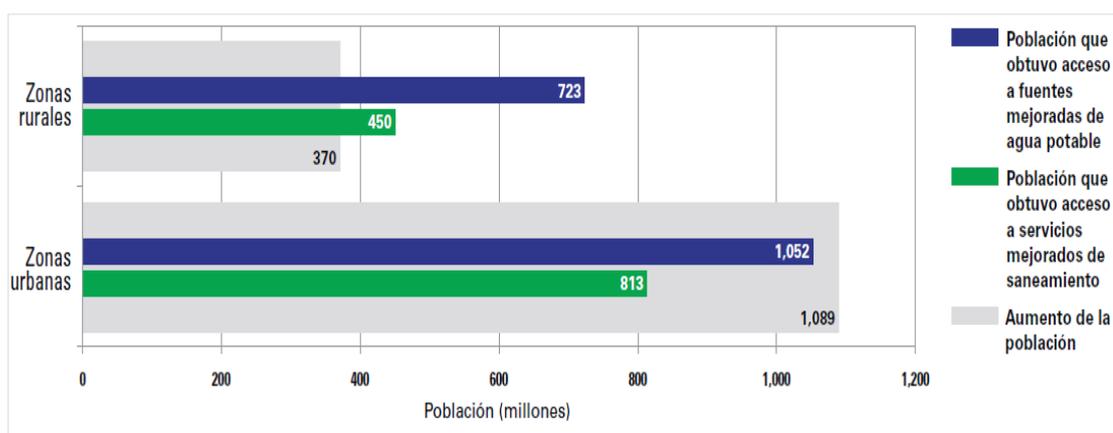


Figura 40. Acceso a servicios mejorados de agua, saneamiento y aumento de la población mundial, 1990-2008 Tomado de “Estado Mundial De La Infancia 2012: Niñas y niños en un mundo urbano” por UNICEF, 2012. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-Main-Report-LoRes-PDF_SP_01052012.pdf



Figura 41. Cambio climático: efectos e implicancias según sectores. Perú. Fuente: MINAM. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSa, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Situación del medio ambiente. Otro de los factores que determinan la salud de la población es el medio ambiente, pudiendo ser influenciado por: (a) los diferentes climas y cambios climáticos que se presentan en la geografía peruana; (b) la presencia de fenómenos, eventos o desastres naturales, como terremotos, lluvias, inundaciones; y (c) la contaminación presente en el aire, teniendo diversos efectos e implicancias según el sector (MINSA, 2013b), como se aprecia en la Figura 41:

Tabla 2

Cantidad de contaminantes per cápita en Perú, 1985–2010

Año	Dióxido de carbono CO ₂	Monóxido de carbono CO	Óxido de nitrógeno NO _x	Óxido de azufre SO _x	Partículas	Metano CH ₄ (kg/103 hab.)
1985	754,1	54,3	4,5	4,2	6,0	2,1
1986	791,6	52,3	4,6	4,3	5,6	1,9
1987	857,3	52,3	5,0	4,8	5,3	1,8
1988	840,8	49,9	4,9	4,6	5,1	1,7
1989	737,7	45,1	4,4	4,2	4,8	1,6
1990	719,5	44,5	4,4	4,1	4,6	1,6
1991	699,9	40,9	4,0	3,8	4,3	1,5
1992	702,4	39,9	4,1	3,7	4,2	1,4
1993	708,1	37,6	4,1	3,9	4,0	1,3
1994	735,5	37,7	4,5	4,1	3,9	1,3
1995	822,4	37,4	4,8	4,7	3,8	1,3
1996	881,2	38,2	5,0	5,1	3,7	1,2
1997	843,3	36,1	5,0	4,9	3,7	1,2
1998	830,2	35,9	4,9	4,7	3,5	1,2
1999	912,8	35,9	5,2	5,5	3,5	1,2
2000	881,2	34,3	5,1	5,4	3,4	1,1
2001	808,8	32,4	4,7	4,9	3,3	1,1
2002	806,8	32,0	4,6	4,9	3,5	1,1
2003	795,6	31,2	4,7	4,8	3,5	1,1
2004	800,1	30,7	4,8	4,9	3,6	1,2
2005	809,9	30,4	5,0	5,0	3,8	1,3
2006	794,5	30,2	5,1	4,7	3,7	1,3
2007	795,9	31,7	5,2	4,8	3,7	1,3
2008	917,9	32,0	6,1	5,1	3,6	1,3
2009	953,4	34,4	6,4	5,2	3,7	1,3
2010 P/	963,7	32,3	6,8	5,3	3,5	1,3

Nota. Datos expresados en kg/hab. Emisiones estimadas a partir del consumo de combustibles por sectores a nivel nacional. Fuente: MINEM, Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)” por MINSA, 2013. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Según el informe del Ministerio de Energía y Minas (MINEM), la Tabla 2 muestra la evolución de las emisiones estimadas de contaminantes per cápita que existirían en el medio ambiente a partir del consumo de combustibles a nivel nacional. Esta situación se agravaría durante los últimos años debido al desarrollo de las actividades industriales y el deficiente parque automotor del Perú, siendo estas causas las principales fuentes de contaminación de Lima metropolitana (MINSa, 2013b).

El problema de la contaminación ambiental generada por la quema de combustibles o bosques es que su efecto sobre la población no es inmediato, sino que contribuye con el cambio climático, concentrando gases de efecto invernadero en la atmósfera que deriva en el aumento de las temperaturas y promueve una mayor generación de eventos climáticos extremos. Según el Instituto Nacional de Defensa Civil, cada año se viene incrementando la ocurrencia de los fenómenos naturales y antrópicos en el Perú. En el 2011 se reportaron 4,811 emergencias, cuatro veces más casos respecto al 2002 (MINSa, 2013b), según la Figura 42.

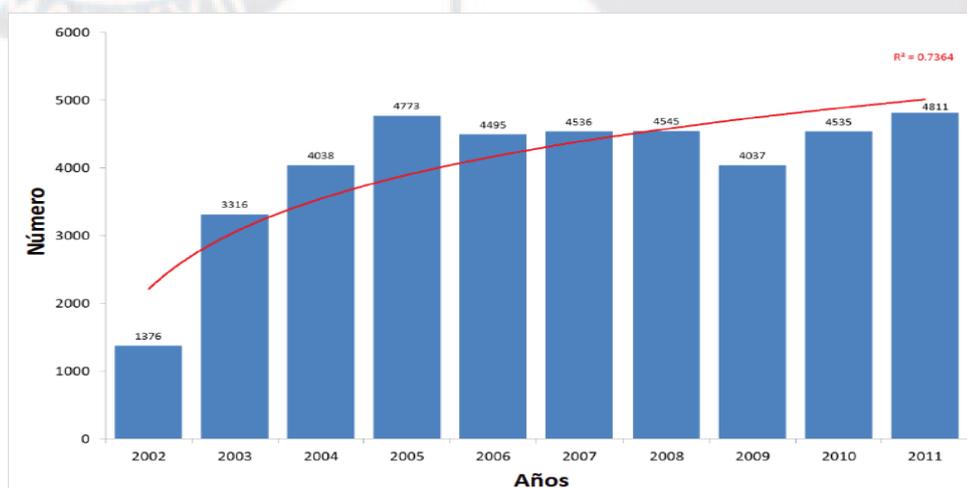


Figura 42. Evolución del Nro. de emergencias ocasionadas por fenómenos naturales y antrópicos. Perú 2002-2011 Fuente: INDECI. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSa, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Indicadores Básicos de Salud. Los recursos de salud están agrupados en tres tipos: Recursos humanos (médicos, enfermeros, odontólogos, obstetras), Recursos

físicos (Hospitales, Centro y Puesto) y Camas. Respecto a la distribución de recursos humanos el Perú cuenta con 9.4 médicos por cada 10,000 habitantes a nivel nacional. “El Perú está por debajo de esa cifra como promedio nacional (9,4), siendo la brecha y las inequidades mucho mayor en la perspectiva que se tiene para los niveles regionales y subregionales” (MINSA, 2013b, p.43), tal como se ve en la Figura 43.

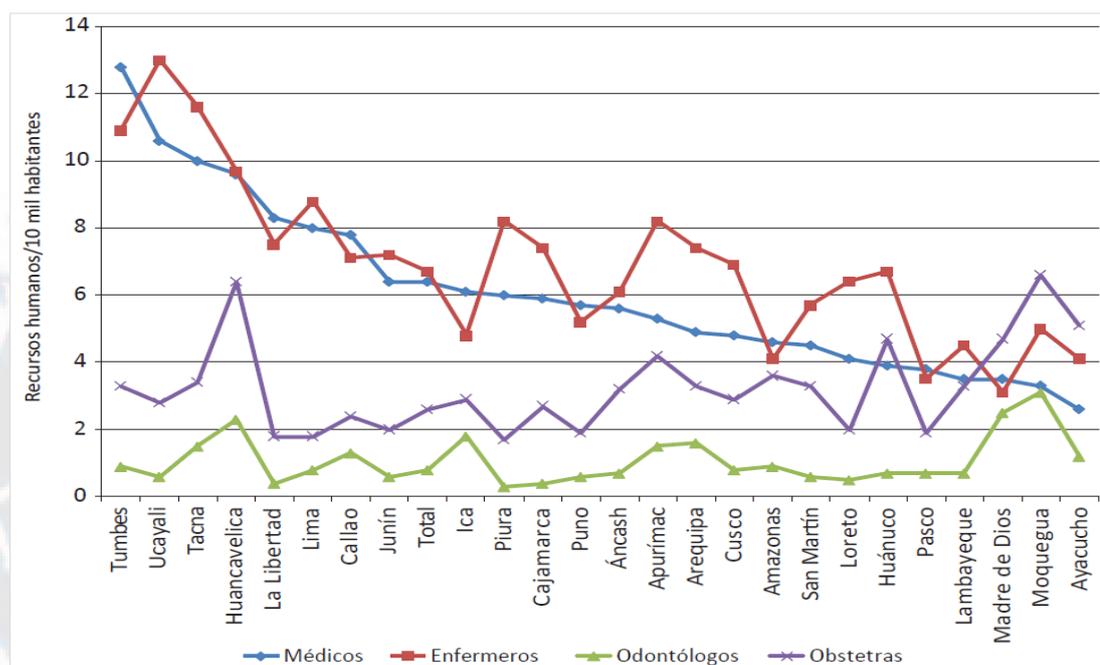


Figura 43. Recursos humanos en Salud del MINSA y EsSalud por Departamento, 2007.

Fuente: MINSA 2010. Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

A tener en cuenta que al hablar en términos de médicos especialistas la situación se torna más crítica, concentrando el 56% de los recursos en la ciudad de Lima, mientras que el resto de los recursos están distribuidos a lo largo del territorio nacional (MINSA, 2013b), tal como se ve en la Figura 44. Esto derivaría en una insuficiente oferta de personal preparado en el interior del país y en última instancia complicaría el acceso de la población de esta zona a los mismos servicios ofrecidos en Lima, teniendo la población que trasladarse a la capital del País para ser atendidos, mientras que se aumenta el gasto de bolsillo en salud.

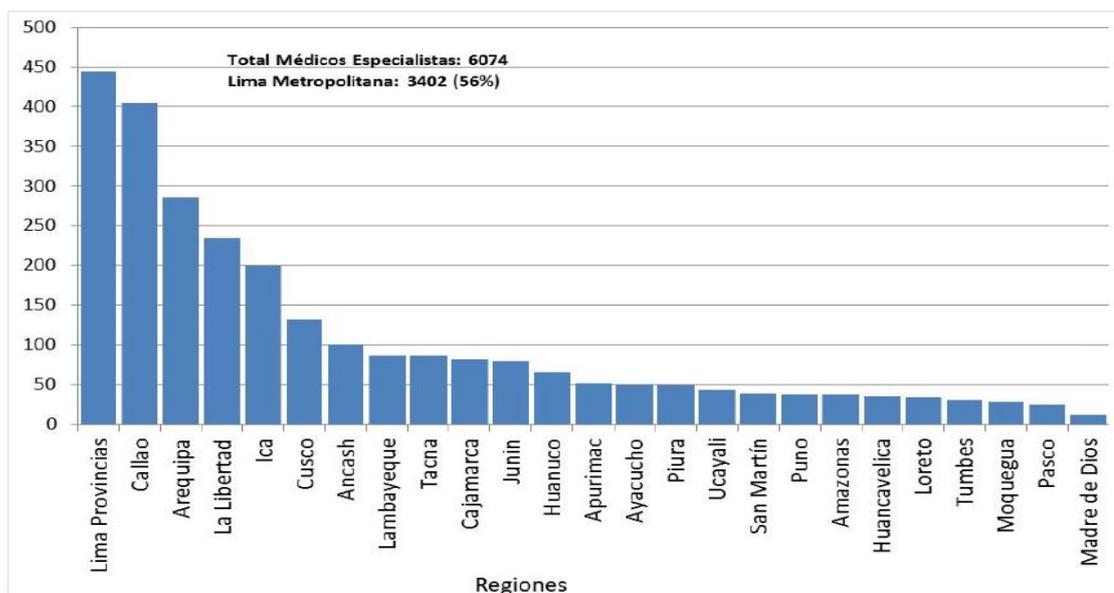


Figura 44. Oferta de Médicos Especialistas según Regiones. Perú 2010.

Fuente: DGE/MINSA. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013b.

Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

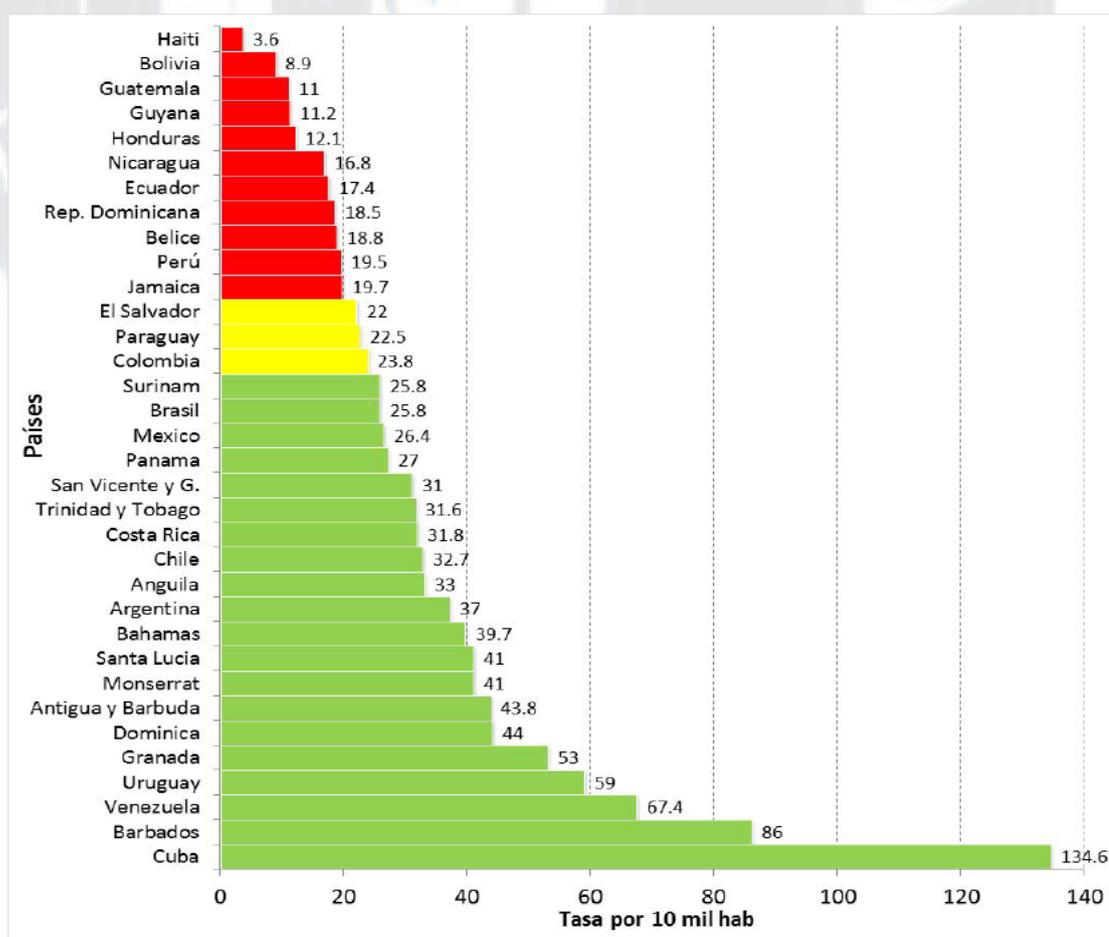


Figura 45. El sistema de RR.HH en salud en las Américas. 2009 – 2011

Fuente: Observatorio de RRHH OPS. 2009-2011. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Al evaluar la densidad de recursos humanos en salud se determina en términos de disponibilidad conjunta, el Perú tampoco alcanza la meta 25 médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes, contando solo con 19.5 por cada 10,000 habitantes. Junto con Ecuador, Bolivia y Haití obtiene los resultados más bajos de la región, m. En el otro extremo, Cuba tiene una densidad 7 veces mayor a la del Perú, mientras que Argentina y Chile casi el doble (MINSA, 2013b), tal como se muestra en la Figura 45. La distribución de los recursos humanos por profesión revela que “el MINSA concentra el 68% del total de recursos humanos, le sigue EsSalud con el 24% y finalmente las sanidades de la Policía y Fuerzas Armadas cada una con 4%” (MINSA, 2013b, p.44), según muestra la Figura 46:

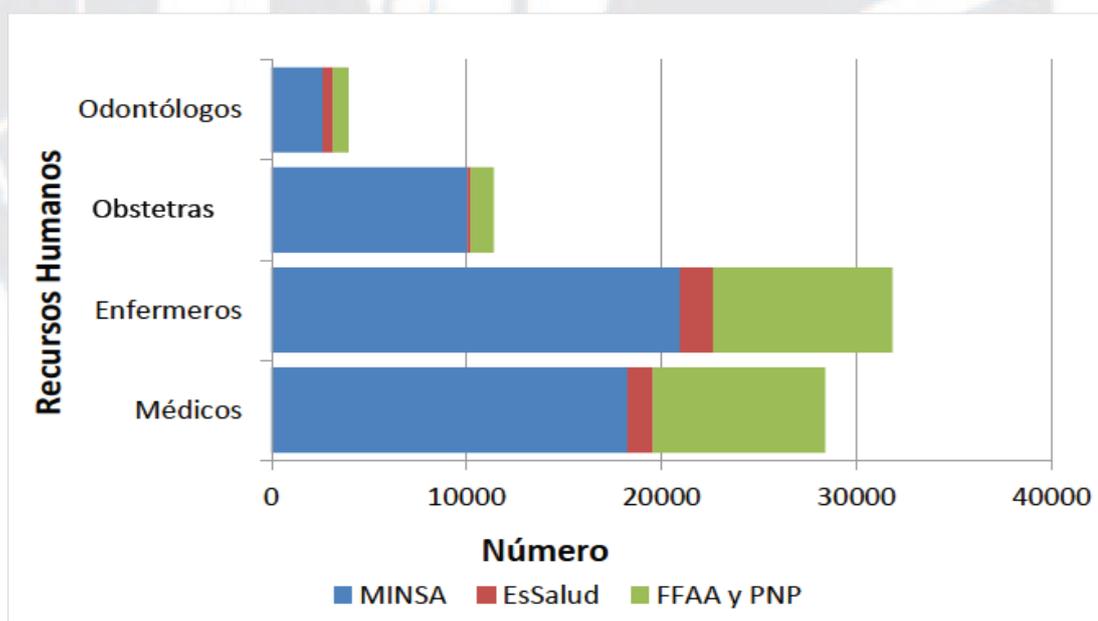


Figura 46. El sistema de RR.HH en salud en el Perú. 2009 – 2011
 Fuente: Observatorio de RRHH OPS. 2009-2011. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Otra problema del recurso humano es que debido al bajo nivel remunerativo del sector el ratio de pluriempleo es elevado (aprox. 50%), lo que deriva en que los trabajadores de la salud laboren largas jornadas (OIT, 2013), pudiendo afectar el desempeño y en diferentes aspectos la calidad del servicio brindado a la población.

Por otro lado, al estudiar la distribución de los establecimientos de salud, salta a la vista que 13.3% del total de establecimientos del Perú se concentran en Lima, 9.1% en Cajamarca, 5.7 en Junín, 5.5 en Amazonas y 5.1% en Puno. En el otro extremo están los departamentos de Madre de Dios, Tumbes y Moquegua que cuentan con una concentración conjunta de 2,6% de los establecimientos (OIT, 2013), según la Tabla 3.

Tabla 3

Establecimientos de salud por tipo y departamentos del Perú, 2009

Departamento	Total		Hospitales		Centros de Salud		Puestos de Salud		Población	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Lima	1,195	13.3	158	33.7	574	24.7	462	7.5	8'981,440	30,8
Cajamarca	818	9.1	16	3.4	152	6.5	650	10.5	1'493,159	5,1
Junín	514	5.7	18	3.8	91	3.9	405	6.6	1'292,330	4,4
Amazonas	491	5.5	8	1.7	65	2.8	418	6.8	411,043	1,4
Puno	484	5.4	19	4.1	107	4.6	358	5.8	1'340,684	4,6
Piura	458	5.1	25	5.3	113	4.9	320	5.2	1'754,791	6,0
Ancash	456	5.1	22	4.7	87	3.7	347	5.6	1'109,849	3,8
San Martín	440	4.9	19	4.1	88	3.8	333	5.4	771,021	2,6
Ayacucho	379	4.2	10	2.1	66	2.8	303	4.9	642,972	2,2
Loreto	375	4.2	11	2.3	60	2.6	304	4.9	970,918	3,3
Huancavelica	346	3.9	2	0.4	63	2.7	281	4.6	471,720	1,6
La Libertad	337	3.8	37	7.9	103	4.4	197	3.2	1'725,075	5,9
Cusco	336	3.8	18	3.8	70	3.0	248	4.0	1'265,827	4,3
Apurímac	334	3.7	9	1.9	54	2.3	271	4.4	444,202	1,5
Arequipa	331	3.7	18	3.8	121	5.2	192	3.1	1'205,317	4,1
Pasco	275	3.1	9	1.9	40	1.7	226	3.7	290,483	1,0
Huánuco	272	3.0	5	1.1	59	2.5	208	3.4	819,578	2,8
Lambayeque	223	2.5	22	4.7	64	2.8	137	2.2	1'196,655	4,1
Ucayali	216	2.4	4	0.9	26	1.1	186	3.0	458,177	1,6
Ica	183	2.0	13	2.8	73	3.1	97	1.6	739,087	2,5
Prov. Const. Callao	147	1.6	12	2.6	131	5.6	4	0.1	926,788	3,2
Madre de Dios	119	1.3	3	0.6	18	0.8	98	1.6	117,981	0,4
Tacna	95	1.1	3	0.6	35	1.5	57	0.9	315,534	1,1
Moquegua	69	0.8	5	1.1	30	1.3	34	0.6	169,365	0,6
Tumbes	63	0.7	3	0.6	31	1.3	29	0.5	218,017	0,7
Total	8,957	100.0	469	100.0	2,321	100.0	6,165	100,0	29'132,013	100,0

Nota. Fuente: INEI. Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Un dato importante es que la mayor disponibilidad de centros por 10,000 habitantes se reportó en Tumbes, Ucayali y Tacna, mientras que las de menor disponibilidad serían los departamentos de Ayacucho, Moquegua, Madre de Dios y Lambayeque (MINSA, 2013b). Asimismo, la Tabla 4 reconoce a qué entidad de salud corresponde el total de los establecimientos, siendo el MINSA el que concentra “el 96% de los puestos de salud, 57% de los centros de salud y un tercio de los hospitales” (OIT, 2013, p.47).

Tabla 4

Cantidad de establecimientos en Perú por tipo, 2002-2009

Año	SECTOR SALUD				MINISTERIO DE SALUD			
	Total	Hospital	Centro Salud	Puesto	Total	Hospital	Centro Salud	Puesto
2002	8.077	482	2.055	5.540	6.732	138	1.179	5.415
2003	8.064	452	1.784	5.828	6.892	142	1.202	5.548
2004	7.958	441	1.926	5.591	6.722	141	1.188	5.393
2005	8.055	453	1.932	5.670	6.821	146	1.203	5.472
2006	8.237	463	1.972	5.802	6.997	147	1.246	5.604
2007	8.295	470	1.990	5.835	7.049	151	1.261	5.637
2008	8.544	485	2.049	6.010	7.267	154	1.295	5.818
2009	8.955	469	2.321	6.165	7.382	155	1.321	5.906

Nota. Fuente: MINSA 2010. Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Tabla 5

Número de camas hospitalarias en Perú, 2003-2010.

Año	Total	Ministerio Salud y Gobiernos Regionales	Demás instituciones públicas y privadas	Camas x 10 mil hab.
2003	41.824	23.889	17.935	15,5
2004	41.802	23.889	17.913	15,2
2005	42.159	24.055	18.104	15,1
2006	42.613	24.171	18.442	15,6
2007	44.195	25.389	18.806	16,0
2008	44.455	25.337	19.118	16,0
2009	44.618	25.607	19.011	15,3
2010	44.926	25.58	19.346	15,2

Nota. Fuente: MINSA 2010. Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

El Perú también está por debajo del promedio de establecimientos de salud y más importante, por debajo de las expectativas planteadas por la OMS para poder brindar un buen servicio de salud. Al medir la evolución de esta variable de forma indirecta a través del desarrollo del número de camas hospitalarias (OIT, 2013), como se aprecia en la Tabla 5, entre los años 2003 y 2012 no ha habido un cambio favorable en la disponibilidad, manteniéndose alrededor de 15 camas por cada 10,000 habitantes; así mismo, al comparar la disponibilidad en la región, salta a la vista que el Perú sólo cuenta con 1.5 camas por cada 1,000 habitantes, ratio que está por debajo del promedio de 1.9 para Sudamérica (OPS, 2012b), como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6 Disponibilidad de camas hospitalarias en Sudamérica, años 1990, 2000, 2010

Disponibilidad de camas hospitalarias en Sudamérica, años 1990, 2000, 2010

País	1990		2000		2010	
	n Miles	Razón * 1.000 h.	n Miles	Razón * 1.000 h.	n Miles	Razón * 1.000 h.
Argentina	70,6	2,2	76,0	2,1	83,9	2,1
Bolivia	9,2	1,4	8,6	1,0	10,8	1,1
Brasil	553,6	3,7	484,9	2,8	443,2	2,3
Chile	32,5	2,5	41,8	2,7	38,3	2,2
Colombia	45,9	1,4	38,2	1,0	56,3	1,2
Ecuador	17,0	1,7	19,6	1,6	22,4	1,5
Guyana	3,1	4,3	3,2	4,3	1,9	2,5
Paraguay	4,6	1,1	6,0	1,1	7,1	1,1
Perú	32,4	1,5	46,4	1,8	44,9	1,5
Suriname	1,6	3,9	1,7	3,6	1,7	3,2
Uruguay	8,3	2,7	6,3	1,9	6,1	1,8
Venezuela	52,1	2,6	20,1	0,8	31,0	1,1
Sudamérica	830,9	2,8	752,7	2,2	747,6	1,9

Nota. Fuente: CEPALSTATS, Tomado de " Salud en Sudamérica, 2012: Panorama Social de América Latina y el Caribe " por OPS, 2012. Recuperado de: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf)

Exclusión a la salud y barreras de acceso. Los principales factores por los que la población peruana son: (a) Déficit de infraestructura adecuada; (b) Fallas en la

asignación y/o gestión de los recursos; (c) Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud; y (d) Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (OIT, 2013), según se ve en la Tabla 7.

Tabla 7

Causas de Exclusión en Salud

Causa	Dimensión	Indicador
Déficit de infraestructura adecuada	a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el Sector Salud, pero que afectan la salud.	a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el Sector Salud, pero que afectan la salud.	a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico. b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a. Geográficas b. Económicas c. Culturales/étnicas (auto exclusión) d. Determinadas por la condición de empleo	a. Asentamientos humanos en sitios remotos geográficamente poco accesibles. b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud. c. La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d. Subempleo, empleo informal, desempleo
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud	a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas

Nota. Fuente: INEI. Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Competitividad. Tomando en consideración los determinantes de salud antes mencionados, es necesario evaluar la situación actual del Perú empezando por su

ubicación en el ranking de Competitividad expuesto por el Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú (CENTRUM Católica) e IMD (2012) en el Ranking Mundial de Competitividad 2012, el Perú ocupó el puesto 46 entre 59 países en Infraestructura con respecto a Salud y Medio Ambiente, siendo el resultado final en Infraestructura general el de más preocupación (WEF, 2011), al ser el último puesto según muestra la Figura 47. Perú estaría ya en la posición 61 para el informe de competitividad del 2013-2014 (WEF, 2013).

Factor	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Variación 2012-2011
Desempeño Económico	14	22	28	20	26	▼
Economía Doméstica	24	15	37	35	37	▼
Comercio Internacional	38	45	40	50	53	▼
Inversión Extranjera	34	33	43	40	41	▼
Empleo	7	36	7	5	12	▼
Precios	11	8	17	5	9	▼
Eficiencia del Gobierno	32	41	35	36	27	▲
Finanzas Públicas	15	13	10	7	8	▼
Política Fiscal	31	35	29	28	29	▼
Marco Institucional	42	48	44	47	42	▲
Legislación para los Negocios	42	49	45	42	38	▲
Marco Social	26	36	38	55	43	▲
Eficiencia de las Empresas	30	33	42	39	40	▼
Productividad y Eficiencia	47	32	40	47	47	▬
Mercado Laboral	2	17	46	48	45	▲
Finanzas	38	39	37	31	37	▼
Prácticas Gerenciales	26	38	48	44	40	▲
Actitudes y Valores	29	36	36	33	32	▲
Infraestructura	52	49	57	58	59	▼
Infraestructura Básica	53	52	55	54	53	▲
Infraestructura Tecnológica	52	56	56	57	59	▼
Infraestructura Científica	51	49	58	59	59	▬
Salud y Medio Ambiente	40	43	46	48	46	▲
Educación	47	45	51	55	55	▬

Figura 47. Ranking Mundial de Competitividad 2012. Perú: Resultados por factores
Tomado de "The Global Competitiveness Report 2011-2012" por WEF, 2011. Recuperado de http://www3.weforum.org/docs/WEF_GCR_Report_2011-12.pdf

Asimismo, considerando el Índice de Competitividad Global 2013-2014, el Perú se ubica en el puesto 95 de 148 países con respecto al indicador de salud y educación primaria, según se desglosa en la Tabla 8, y como se puede apreciar, la posición peruana no es la más competitiva en lo que a salud se refiere, por lo cual es

necesario, para un adecuado enfoque, mirar a lo que otros países hacen para lograr el objetivo primordial de cobertura universal (WEF, 2013).

Tabla 8

Cuarto Pilar: Salud y educación primaria. Perú, 2013-2014

Indicador	Valor	Ranking /148
4.01 Impacto de la malaria en los negocios	58	87
4.02 Incidencia de la malaria	2644	108
4.03 Impacto de la tuberculosis en los negocios	50	96
4.04 Incidencia de la tuberculosis	1010	96
4.05 Impacto del VIH/SIDA en los negocios	53	81
4.06 Prevalencia del VIH	40	78
4.07 Mortalidad infantil	141	76
4.08 Esperanza de vida	740	68
4.09 Calidad de la educación primaria	23	135
4.10 Matrícula primaria	945	67

Nota. Tomado de "Reporte de Competitividad Global 2013-2014", por WEF, 2013. Recuperado de http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013-14.pdf

Tabla 9

*Gasto en salud en los países sudamericanos, 2000 y 2008**Gasto en salud en los países sudamericanos, 2000 y 2008*

Países	Gasto total en salud % del PIB		% Gasto privado en salud	
	2000	2008	2000	2008
Argentina	7,7	7,4	52,1	42,7
Bolivia	6,1	4,5	39,9	30,8
Brasil	7,2	8,4	59,7	56,0
Chile	6,6	7,5	47,9	56,0
Colombia	6,8	5,9	19,1	16,1
Ecuador	4,2	5,7	68,8	54,0
Guyana	5,5	8,1	15,5	12,3
Paraguay	9,2	6,0	59,9	59,9
Perú	4,7	4,5	41,3	40,6
Suriname	8,0	7,2	51,2	52,6
Uruguay	11,2	7,8	45,4	36,9
Venezuela	5,7	5,4	58,5	55,1

Nota. Fuente: OMS, 2011. Estadísticas Mundiales de Salud 2011. Tomado de "Sistemas de Salud en Suramérica", por ISAGS, 2012. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

La Tabla 9 devela la posición promedio de Perú con respecto a Sudamérica y la tendencia general a reducir la participación como gasto sobre el PBI, que aún sigue siendo bajo también se muestra la data de países seleccionados con mejores coberturas de salud (ISAGS, 2012) . Esto refleja la preocupante situación comparativa en la que se encuentra el Perú y la necesidad de establecer un benchmarking con respecto a los países de la Tabla 10.

Tabla 10

Gasto y coberturas del sistema público de salud en el mundo, 2009

Países	Gasto total en salud % PIB	Gasto público en salud % PIB	Gasto público en salud % gasto total	Cobertura pública en salud % población	Modelo de protección social en salud
Alemania	11,6	8,9	76,9	89,6	Seguro social
Austria	11,0	8,5	77,7	98,0	Seguro social
Bélgica	10,9	8,2	75,1	99,0	Seguro social
Canadá	11,4	8,0	70,6	100,0	Seguro nacional de salud
Dinamarca	11,5	9,8	85,0	100,0	SUS
España	9,5	7,0	73,6	99,5	SUS
EUA	17,4	8,3	47,7	27,3	Seguros focalizados en pobres y mayores
Francia	11,8	9,2	77,9	99,9	Seguro social
Holanda	12,0	7,5	62,3	62,1	Combinación de seguros – social y privado
Italia	9,5	7,4	77,9	100,0	SUS
Noruega	9,6	8,1	84,1	100,0	SUS
Portugal	10,1	7,0	65,1	100,0	SUS
Reino Unido	9,8	8,2	84,1	100,0	SUS
Suecia	10,0	8,2	81,5	100,0	SUS

Nota. Fuente: OECD Health Data, 2011. Tomado de "Sistemas de Salud en Suramérica" por ISAGS, 2012. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

En una expresión más detallada en la Tabla 11, el perfil del sector peruano en salud es muy similar a Colombia con indicadores menores a este. Es de interés el detalle que esta tabla permite ver, pues muestra que a pesar de los diferentes sistemas de salud aplicados en la región, las características de la cobertura de salud en estos países son muy similares a la realidad del sistema de salud peruano.

Tabla 11

Coberturas en salud en los países sudamericanos, 2012

País	Cobertura por...			
	Seguros sociales (previsión social o seguridad social)	Seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	MINSA de Salud y esferas gubernamentales subnacionales	Seguros privados y prepagas
Argentina	55% Obras Sociales	2% con garantías explícitas en planes estatales de salud – Plan Nacer y Plan Federal de Salud	Acceso universal (principalmente el 35% sin otras coberturas)	8%
Bolivia	30,6% Cajas de Salud	11,9% SUMI y SSPAM Materno-infantil hasta 21 años y adulto mayor	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados hasta el año 2011 (57,5% exclusión en salud)	–
Brasil	–	–	100% SUS acceso universal (principalmente el 75% sin otra cobertura)	25% (voluntarios – pagos por las empresas o individuos)
Chile	74% Fonasa/Minsa	–	–	17% ISAPRE (obligatorio)
Colombia	42,6%, régimen contributivo (las aseguradoras pueden ser públicas o privadas) 4% regímenes especiales	48,4% régimen subsidiado (financiado con recursos fiscales, subsidios cruzados y contribuciones)	–	3% seguros privados voluntarios
Ecuador	17,6% IESS, 6,5% SSC 3,4% FFAA y POL	Materno infantil hasta 5 años	Acceso universal 70%	8,2%
Guyana	Plan Nacional de Seguridad Social (National Insurance Scheme - NIS) para trabajadores formales	–	Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública por MS y regiones	Seguros privados provistos por algunos empleadores cubren servicios terciarios
Paraguay	16,4% IPS	–	Acceso universal 76%	7% (privado y FFAA)
Perú	20,7% EsSalud	39,3% SIS (pobres)	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados	4,7% (otros seguros)
Suriname	21% Fondo Estatal de Salud SZF	Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA) 24% 6% Misión Médica (MZ)	Hay copagos en servicios públicos	10% plan médico de empresas 3% seguros privados
Uruguay	53% Seguro Nacional de Salud /Fonasa (47% IAMC/Fonasa, 5% ASSE/Fonasa, 1,3% Seguros privado/Fonasa) 7% Sanidad Militar y Policía	–	30% ASSE no Fonasa	12% prepagas IAMC 1% seguros privados no Fonasa
Venezuela	30% IVSS, IPASME, IPSFA	–	Sistema Público Nacional de Salud acceso universal, integra los servicios del IVSS	Seguros privados, primas de seguros canceladas por empresas privadas o públicas o órganos del Estado

Nota. Fuente: Agudelo et al (2011). Tomado de "Sistemas de Salud en Suramérica" por ISAGS, 2012. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

Marco legal. El sistema de salud peruano “está basado en la Constitución Política del Perú de 1993, la Ley General de Salud del año 1997 (Ley N° 26842) y en la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Ley N° 27813)” (ISAGS, 2012, p.604). Sin embargo, existen diferentes leyes y decretos que regulan al Sector Salud, tal como indica Jaime Johnson en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Ministerio de Salud (MINSa, 2012a) y recopila con mayor detalle la OPS, en el Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea (OPS, 2012a).

Factores críticos de éxito. Si bien se han analizado diferentes factores determinantes de la salud, sólo unos pocos son los que realmente dirigen el desarrollo, los diferentes modelos investigados indican que sólo dos de estos son los que realmente podrían ser considerados como factores de claves de éxito.

El primer modelo. Según plantea la OMS, los *drivers* para alcanzar un sistema de salud requiere reorientar los esfuerzos a tan sólo cuatro tipos de reformas: (a) Reformas en pro de la cobertura universal; (b) Reformas de la prestación de servicios; (c) Reformas del liderazgo; (d) Reformas de las políticas públicas y; (d) Reformas de la prestación de servicios, todas estas enfocadas a mejorar la equidad sanitaria, desarrollar la confianza en el sistema de salud, proteger a las comunidades y asegurar que el sistema de salud esté centrado en la población (OMS, 2008a), según Figura 48:



Figura 48. Factores de éxito del sistema de salud, según la OMS 2008. Adaptado de “Informe sobre la salud en el mundo 2008” por OMS, 2008a. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

El segundo modelo. También planteado por la OMS, sugiere que para lograr éxito en el Sector Salud, se deben enfocar los esfuerzos en alcanzar una cobertura universal teniendo en cuenta tres ejes fundamentales: (a) Extensión a los no cubiertos; (b) Reducción de la compartición de costos y pagos; y (c) Inclusión de otros servicios, desarrollando los fondos mancomunados actuales (CNS, 2013), según la Figura 49 y Figura 50 que tiene en cuenta los determinantes sociales que permitirá alcanzar un sistema de salud universal (OMS, 2013b):

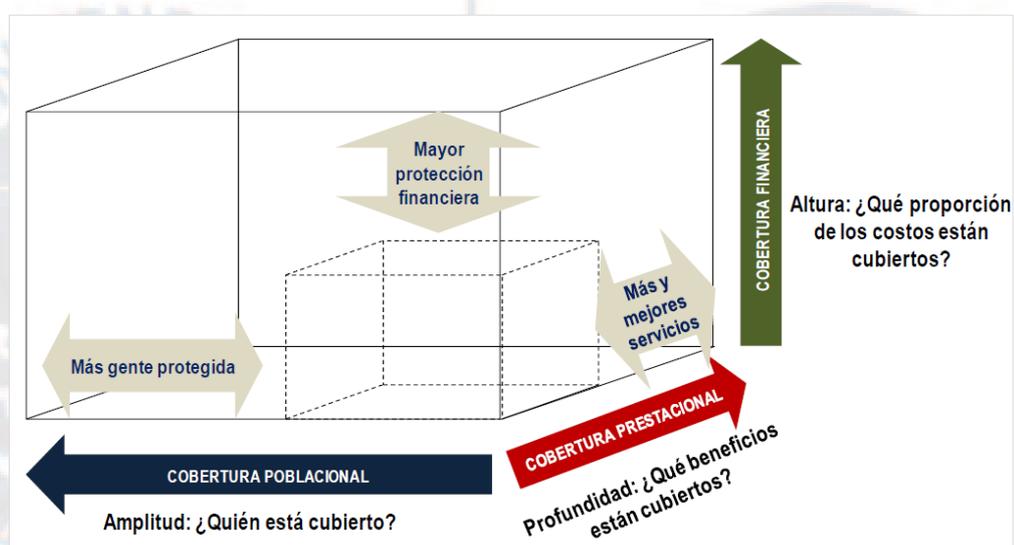


Figura 49. Factores de éxito del sistema de salud, según la OMS.

Fuente: OMS, 2008. Tomado de “Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud” por CNS, 2013.

Recuperado de:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>



Figura 50. Representación de la cadena de resultados respecto de la cobertura sanitaria universal.

Tomado de “Informe sobre la salud en el mundo 2013”, por OMS, 2013. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf

1.2. Conclusiones

Problemática del sector. Los problemas encontrados en el Perú son:

Desigualdad. Existe una marcada desigualdad económica y social, en la que la situación de la población no es similar a lo largo de la nación. Los recursos del sector (capital humano e infraestructura: camas, hospitales, etc) son insuficientes y no están distribuidos de forma homogénea o adecuada para atender la demanda del servicio en cada región de forma similar, de modo que el servicio disponible es desigual o no equitativo para la toda la población, ni entre el sector público y privado, teniendo que asumir los mayores costos de atención la población con menores recursos o ingresos e incluso padeciendo la carencia de una adecuada infraestructura para vivir y gozar de una adecuada salud.

Fragmentado y desarticulado. El sistema de salud en el Perú está fragmentado y desarticulado, reduciendo la eficiencia y poder de negociación de sus distintas instancias o instituciones. Durante la investigación se pudo identificar que existen diferentes organizaciones de salud, cada una de estas con su propio plan de desarrollo estratégico y objetivos.

Financiamiento insuficiente. El gasto del gobierno en salud no es suficiente, aún está por debajo del promedio de la región y no está adecuadamente distribuido a lo largo del país. Asimismo, en múltiples iniciativas de desarrollo dividen las fuerzas o recursos financieros, que aunque podrían ser efectivas, se vuelven ineficientes.

No universal. Aunque la cobertura a aumentado en los últimos años, queda claro que aún el 38.18% de la población no tiene seguro. Debido a que no hay el poder adquisitivo para que toda la población pueda participar del seguro no es suficiente, además, la misma oferta de las entidades prestadoras de seguro no tienen la capacidad para difundirse hasta llegar a toda la población. Esto se vuelve un círculo

vicioso pues cuanto menos gente está asegurada más costoso se vuelve el seguro, y menos gente puede adquirirlo.

No accesible. Cuenta con importantes restricciones de acceso a los servicios, por la falta de presencia de infraestructura de gobierno, a veces por la misma geografía del Perú. También, está sujeto a la capacidad económica de la población, no pudiendo trasladarse físicamente a los centros disponibles, o no pueden adquirir algún seguro o incluso el mismo servicio por el elevado costo de estos.

No integral. El sistema de salud peruano tampoco cubre íntegramente la gama de servicios que se demanda en términos de salud, teniendo incluso que buscar la oferta de estos en otros países; en el caso de la población del interior del país, el déficit en la oferta recursos especializados e infraestructura no permiten que se ofrezcan todos los servicios disponibles.

Calidad. La atención tiene problemas de calidad, desde la limpieza de los centros de atención, tiempo de atención, infraestructura obsoleta y el recurso humano labora largos períodos al contar con múltiples empleadores, como resultado del bajo ingreso percibido si laborase sólo en uno.

Fenómeno epidemiológico. Se está experimentando una rápida transición epidemiológica, donde enfermedades crónicas no transmisibles se han vuelto un factor de riesgo para todos, debido a la mayor esperanza de vida en la población, lo cual origina que las entidades del Sector Salud tengan que adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes.

Factores clave de éxito. En base a esto, se puede desarrollar un tercer modelo, que resume los principales factores en los que el Estado peruano debe preocuparse para alcanzar el éxito en el Sector Salud. Los componentes son los siguientes: (a) Sólida Economía: Enfocados en el desarrollo del PBI, control de la inflación,

promoción del empleo, desarrollo del ingreso per cápita y erradicación del desempleo y la pobreza. (b) Educación: Enfocados en la alfabetización de la población nacional, y cultura de la población a todo nivel de forma sostenida. (c) Infraestructura: Enfocados en el desarrollo de la infraestructura social necesaria para que cada hogar cuente con los servicios de saneamiento necesarios, así como los servicios básicos; así como, el desarrollo de la red de centros de atención de salud para facilitar el acceso y llegar a un mayor porcentaje de la población. (d) Buen Liderazgo: Enfocados en contar una adecuada estructura que permita que el gobierno y ministerios avancen en el desarrollo de la materia, asignando los recursos necesarios, trabajando de forma eficiente y teniendo un claro objetivo la cobertura universal, asegurando la implementación de un sistema que permita brindar un adecuado seguimiento a los indicadores y ejecución de los planes de acción.

Finalmente, es importante destacar que existiría un quinto factor [*prevención*] que sirve como enlace y fuente de interacción y cambio entre los factores antes mencionados. Este factor nace de la necesidad en la que se entiende que no sólo se puede trabajar en base a la corrección de la situación actual que vive el Sector Salud y la población peruana; sino que se trata de construir las condiciones necesarias para asegurar que todos la población del país puedan contar con una buena salud, a través del desarrollo de una cultura de salud preventiva, en la que se aprendan buenas costumbres que puedan prevenir las tendencias que actualmente ya aquejan la salud de la población peruana, sino también teniendo en cuenta la situación y problemática global que pueden servir como caso de estudio para prevenir estas tendencias.

Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética

2.1. Antecedentes

Para empezar a realizar el proceso del planeamiento estratégico es necesario entender la importancia de cuatro aspectos fundamentales (visión, misión, valores y código de ética) que serán los pilares para la posterior búsqueda de las estrategias necesarias que permitan al Sector Salud ser competitivo y un referente del rubro.

Algunas organizaciones definen que es su visión, misión y valores.

Lamentablemente, muchas de ellas solo lo realizan por fines administrativos, para dejar una historia escrita sobre el papel o simplemente, para decir que los tienen (D'Alessio, 2013)

Muchas organizaciones caen en la problemática de resolver el día a día, de solo pensar en el corto plazo, evitando así pensar en el largo plazo que es en donde realmente se encuentra la verdadera esencia de la estrategia. Hoy en día pensar en el largo plazo no necesariamente implica “tantos años” por delante, ya que el mito de asociarle una cierta cantidad de tiempo al corto, mediano y largo plazo ha sido desbaratado, ya que hoy es determinado directamente por las industrias. Por ejemplo, pensar que Google o Facebook tendrían estrategias de largo plazo de cinco años en adelante realmente sería poco probable ya que ellos utilizan la tecnología como principal habilitador para el desarrollo de sus negocios.

La visión de una organización responde a la pregunta ¿Qué quiere llegar a ser?, implica además un enfoque de largo plazo basado en una precisa evaluación de la situación actual y futura de la industria, pero sobre todo de la organización. Por otro lado la misión de una organización responde a la pregunta ¿Cuál es el negocio? Siendo este el catalizador que permite que la trayectoria del cambio sea alcanzada por la organización (D'Alessio, 2013).

Los valores pueden ser considerados, según indica D'Alessio (2013, p.61), como “las políticas directrices más importantes: norman, encausan el desempeño de sus funcionarios, y constituyen el patrón de actuación que guía el proceso de toma de decisiones”. Así mismo, las organizaciones tienen la responsabilidad de crear un ambiente laboral basado en la ética. Respecto al código de ética, este:

Afirma los valores de la organización, establece el consenso mínimo sobre lo ético y enfatiza los principios de la organización. Este código debe establecer las conductas deseadas y las que no lo son, así como hacer explícitos los deberes y los derechos. (D'Alessio, 2013, p.64)

En el Perú, por ejemplo, existe el Colegio Médico del Perú (CMP) que como parte de sus funciones promueve y vigila el ejercicio profesional en el marco del Código de Ética y Deontología, siguiendo los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad.

Misión. La misión actual del Ministerio de Salud es:

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas. (MINSa, 2011a).

Visión. La visión actual del Ministerio de Salud es:

Salud para todas y todos. En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana. Con el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y la Sociedad Civil que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común. Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social. (MINSa, 2011a).

Recomendaciones para la misión y visión (Salud en Chile y Colombia):

- Acceso: prevención y reducción de brechas
- Equidad: imparcial y sin diferencias
- Solidaridad: esfuerzo colectivo
- Excelencia: máxima calidad
- Respeto: trato digno
- Integridad: gestión ética y responsable
- Aseguramiento universal

2.2. Visión

La propuesta de visión es: Al 2025, el Sector Salud del Perú, será un referente en Sudamérica como proveedor de bienestar a la población peruana, reconocido por su sistema especializado de prevención de enfermedades, servicio oportuno y de

calidad, pero sobre todo equitativo y descentralizado, que satisfagan las necesidades actuales y futuras de las personas, generando valor agregado al contribuir al desarrollo económico, social y sostenible del país.

2.3. Misión

La propuesta de misión es: Proveer bienestar a la población peruana a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que puedan afectar a la salud de la población, mediante una gestión descentralizada, integral, moderna, efectiva y con tecnología de vanguardia, con personal competente y capaz de transformar la imagen del sector, a través de una atención de calidad y personalizada, generando confianza en la población y basándose en la responsabilidad social y la protección del medio ambiente.

2.4. Valores

Los valores seleccionados para el Sistema Nacional de Salud son:

- Transparencia
- Inclusión Social y Descentralización
- Sostenibilidad y visión de futuro
- Excelencia
- Solidaridad
- Responsabilidad
- Universalidad
- Calidad
- Innovación
- Gestión por resultados

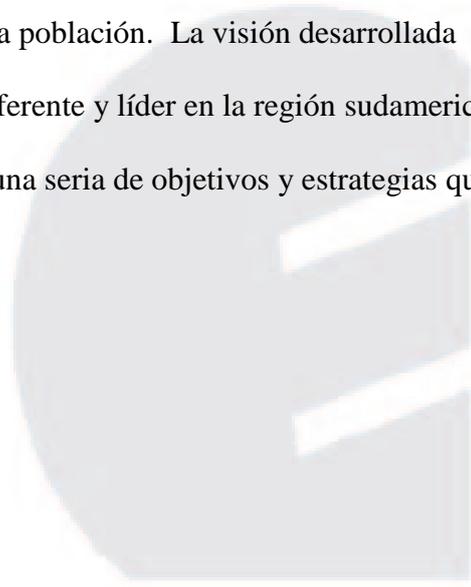
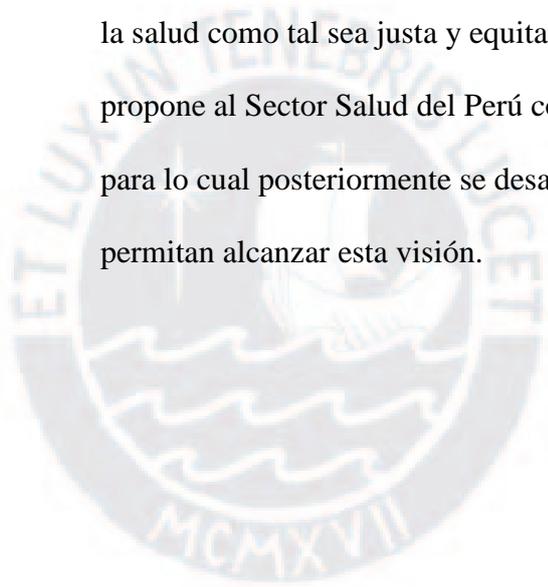
2.5. Código de Ética

El código de ética propuesto para el sector incluye los siguientes conceptos:

- Actuar con respeto a la constitución y las leyes, garantizando que en los procesos administrativos involucrados se respeten los derechos humanos y la dignidad de las personas.
- Actuar con rectitud, honradez y honestidad desechando todo provecho o ventaja personal.
- Hacer uso eficiente de los recursos y brindar calidad en las actividades relacionadas al Sector Salud.
- Actuar con fidelidad y solidaridad con el objetivo de buscar una equidad en el acceso a la salud por parte de los peruanos.
- Ejecutar los actos del servicio de manera transparente y veraz, esto significa que dichos actos son públicos y deben de ser accesibles al conocimiento de toda persona.
- Actuar con justicia y equidad, administrando los recursos del Estado de la manera óptima para que de esta manera las personas más necesitadas tengan acceso a estos recursos (acceso equitativo)
- Establecer una capacitación constante que permita a los profesionales de la salud estar cada vez más preparados para la atención de las distintas adversidades que se puedan presentar.
- Uso de tecnología de vanguardia que permita mejora la situación actual de la salud en el Perú.

2.6. Conclusión

La salud es uno de los factores de desarrollo más importantes que tienen los países y uno de los habilitadores más necesarios para la tan ansiada competitividad. Pensar en competitividad sin contar con un sistema de salud eficiente es imposible. Hoy en día el Perú a diferencia de muchos países, está en la posibilidad de explotar al máximo su bono demográfico, pero para que esto se realice de la manera más eficiente, es necesario que las personas se encuentren completamente saludables y que la salud como tal sea justa y equitativa para la población. La visión desarrollada propone al Sector Salud del Perú como un referente y líder en la región sudamericana, para lo cual posteriormente se desarrollaran una serie de objetivos y estrategias que permitan alcanzar esta visión.



Capítulo III: Evaluación Externa

La evaluación externa permite identificar de manera global, aquellos factores externos relacionados con el Sector Salud peruano, así como el grado en que dichos factores afectan al sector; por ello, esta evaluación implica también la evaluación de factores externos que afectan al Perú.

3.1. Análisis Tridimensional de la Naciones

La interrelación entre los países cada vez es mayor, la tecnología ha impulsado la competitividad y el desarrollo de las naciones en los diferentes sectores industriales. Según Hartman (como se citó en D'Alessio, 2013), las tres grandes dimensiones de las relaciones entre naciones son: los intereses nacionales, los factores de potencial nacional y los principios cardinales.

3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Según Hartman (como se citó en D'Alessio, 2013), los intereses nacionales son lo que busca el Estado para conseguir algo o protegerse frente a los demás Estados. Estos intereses representan los temas más urgentes e importantes para la nación, constituyendo la parte central de la política externa, ya que de descuidar estos intereses se pone en riesgo la estabilidad y supervivencia del país.

Diferentes instituciones nacionales como el Ministerio de Defensa del Perú, el Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE), Ministerio de Economía, así como líderes políticos; señalan como intereses nacionales: la lucha contra la pobreza y reducción de desigualdades, elevar la calidad de la educación, generación de empleo, disminución de la mortalidad infantil, desarrollo sostenible, inclusión social, lograr la igualdad de género y autonomía de la mujer, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, etc. Afortunadamente varios de estos intereses se vienen desarrollando en forma positiva y con indicadores de crecimiento constante, tal como se explica en el “Tercer Informe

Nacional sobre el Cumplimiento de Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013”, (El Estado Peruano, 2013); sin embargo, muchos de estos intereses deben mantenerse como prioridad, pues a pesar de su crecimiento siguen siendo frágiles y críticos para el país. Los siguientes intereses son considerados como prioritarios: (a) erradicación de la pobreza extrema y las desigualdades; (b) elevar la calidad en la educación, asegurando la educación primaria para todos los peruanos; (c) mantenimiento de la soberanía, democracia, identidad nacional y defensa de los intereses nacionales; (d) promover los sectores industriales y la integración internacional para el desarrollo económico y sostenible; (e) fortalecer a las Fuerzas Armadas para erradicar el narcotráfico, terrorismo e inseguridad ciudadana; (f) desarrollar un Estado moderno que fomente el respeto a los derechos humanos, estado de derecho y el medio ambiente (OIT, 2013), según se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12 *Intereses Nacionales* y *Intereses Nacionales (MIN)*

Intereses Nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Interés Nacional	Intensidad de interés			
	Supervivencia	Vital	Importante	Periférico
1. Erradicación de la pobreza extrema y las desigualdades.		ONU	OMS / OPS	
2. Elevar la calidad en la educación, asegurando la educación primaria para todos los peruanos.			OIE / UNESCO	
3. Mantenimiento de la soberanía, democracia, identidad nacional y defensa de los intereses nacionales.	(Chile)			
4. Promover los sectores industriales e integración internacional para el desarrollo económico y sostenible.		APEC / ALIANZA DEL PACÍFICO / UNASUR	Chile, Colombia, Brasil, Bolivia, EEUU, China	MERCOSUR / ALADI, Japón
5. Fortalecer a las Fuerzas Armadas para erradicar el narcotráfico, terrorismo e inseguridad ciudadana.			EEUU, Colombia	Gran Bretaña, Israel, India, Rusia, Italia, Francia
6. Desarrollar un Estado moderno que fomente el respeto a los derechos humanos, estado de derecho y el medio ambiente.		OEA / ONU		

Nota. Intereses comunes sin paréntesis, intereses opuestos en paréntesis. Fuente: INEI. Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Erradicación de la pobreza extrema y las desigualdades. El Perú viene desarrollando acciones directas para la erradicación de la pobreza extrema y las desigualdades, entre ellas destaca la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en el año 2011; este ministerio tiene como principales tareas, desarrollar la igualdad de oportunidades y fomentar las capacidades para aprovechar oportunidades, pues su misión es cerrar las brechas de acceso a servicios públicos universales de calidad y acceso a las oportunidades que abre el crecimiento económico (MIDIS, 2014).

Los indicadores de población en condiciones de pobreza y pobreza extrema, registran mejoras considerables según información de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV); en el año 1991 se registraban 54.4% y 23% respectivamente, para el año 2012 se registraron porcentajes de 25.8% de población en condiciones de pobreza y 6% para población en condiciones de pobreza extrema. Sin embargo, el problema de la pobreza persiste en forma crítica, ya que estos porcentajes no son homogéneos en el territorio nacional pues existen grandes diferencias en el avance de ambos indicadores para zonas urbanas y rurales; siendo el interior del país el que presenta menor desarrollo, manteniendo un porcentaje mayor al 50% en condiciones de pobreza (El Estado Peruano, 2013), como muestra la Figura 51. El MIDIS reconoce la necesidad de medidas a corto plazo pero resalta la necesidad de medidas de largo plazo, por ello ha elaborado la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social: “Incluir para Crecer”, priorizando cinco ejes estratégicos: Nutrición Infantil, Desarrollo Infantil Temprano, Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, Inclusión Económica y Protección del Adulto Mayor.

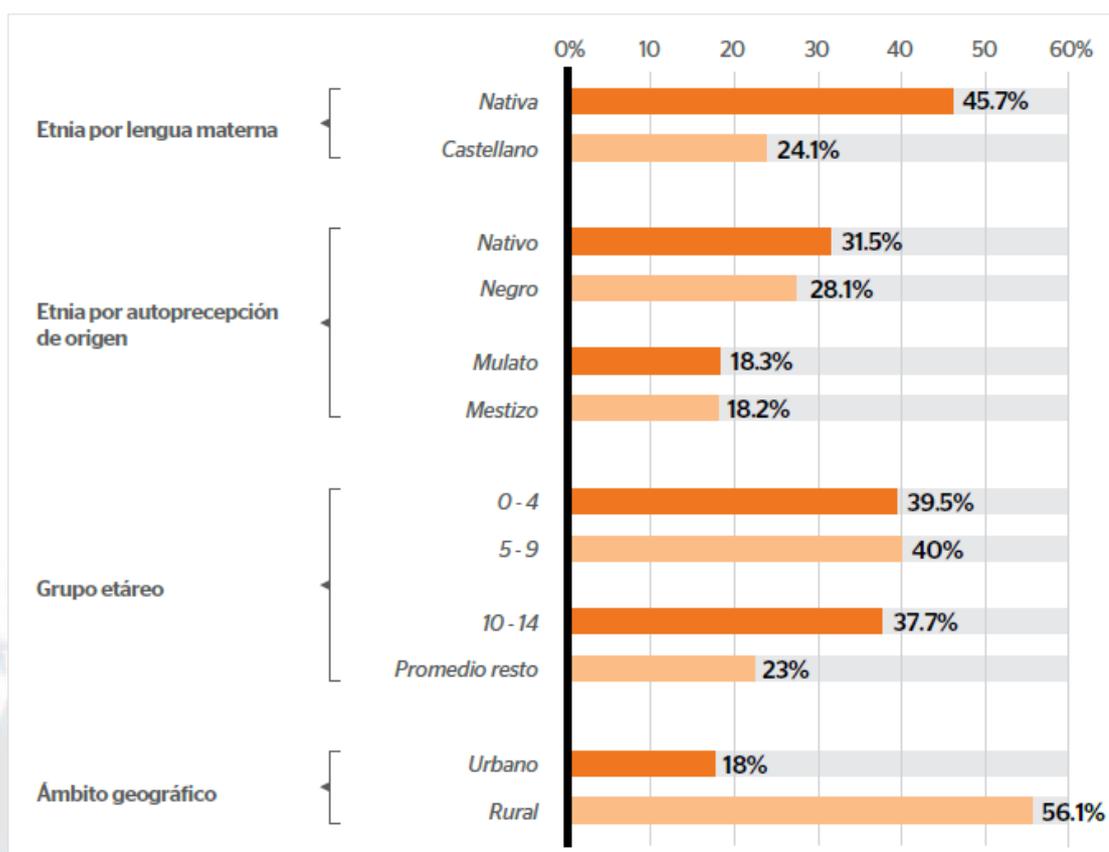


Figura 51. Tasa de incidencia de pobreza según distintos ámbitos, 2011.

Fuente: Informe Técnico, Evolución de la pobreza 2007-2011. Tomado de "PERU: Tercer informe nacional de cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio", por El Estado Peruano, 2013. Recuperado de: <http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf>

Por otro lado, los gobiernos regionales y las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) de diferentes provincias, colaboran con la descentralización de los programas para la erradicación de la pobreza, así como la correcta identificación de las zonas y usuarios que presentan necesidades más críticas. La limitación de recursos económicos y la difícil sostenibilidad de los proyectos ante cambios políticos nacionales o regionales, obliga a desarrollar un enfoque de apoyo en conjunto tanto de proyectos con iniciativa pública como privada, que aseguren su culminación y correcta asignación de recursos. Otros factores importantes que permiten el avance en la erradicación de la pobreza, es la disminución de la tasa de desempleo, relacionado con el crecimiento económico sostenible de los sectores

industriales que presentan mayor variación productiva como la agricultura, que influye en forma directa en la pobreza registrada en el interior del país.

Elevar la calidad en la educación, asegurando la educación primaria para todos los peruanos. El Estado peruano ha logrado importantes mejoras en educación, dos de los indicadores más importantes son “tasa neta de matrícula en educación primaria de 6 a 11 años de edad” y “porcentaje de estudiantes que culminan el sexto grado de educación primaria a los 11 años de edad”. Ambos indicadores registran evolución en los últimos años, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la tasa neta de matrícula en educación primaria de 6 a 11 años de edad pasó de 91.5% en el 2002 a 96% en el 2012, y el porcentaje de estudiantes que culminan el sexto grado de educación primaria a los 11 años de edad, pasó de 38.5% en el 2001 a 69.4% en el 2012; sin embargo, al igual que los indicadores de pobreza, presenta resultados que no son homogéneos en el territorio nacional (INEI, 2013b).

Mantenimiento de la soberanía, democracia, identidad nacional y defensa de los intereses nacionales. El mantenimiento de la soberanía es un interés nacional que actualmente se encuentra en peligro, debido a una falta de acuerdo entre el Perú y Chile, sobre los límites marítimos de ambos países. Este problema se viene revisando desde el año 1980, fecha en que el Presidente de la Delegación del Perú en la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Derecho del Mar, presenta oficialmente su posición sobre la delimitación marítima, señalando que debe aplicarse una línea equidistante. En 1986 el Ministro de Relaciones Exteriores del Perú basándose en esa posición, planteó al Canciller de Chile la inexistencia de límites marítimos y la no equidad en caso de aplicación del paralelo geográfico. A partir del año 2000 se intercambiaron notas entre Perú y Chile, con constantes negativas por parte del gobierno chileno para negociar un acuerdo definitivo.

Tal como lo explica el MRE, Chile basa su negativa en el Decreto Supremo Peruano N° 781 del año 1947, firmado por el Presidente José Luis Bustamante y Rivero, y en la Declaración de Santiago, firmada por Chile, Ecuador y Perú, proclamando que cada país tendría soberanía y jurisdicción exclusivas sobre el área marítima adyacente a sus costas hasta una distancia mínima de 200 millas marinas. Ambos documentos no especificaban los límites marítimos, y el decreto supremo era de carácter temporal siendo susceptible de modificación.

El 16 de enero del 2008, el Perú presenta una demanda ante la Corte Internacional de Justicia (CIJ), solicitando delimitación marítima entre los países de Perú y Chile, señalando como materia de controversia:

La controversia entre el Perú y Chile está referida a la delimitación del límite entre las zonas marítimas de los dos Estados en el Océano Pacífico, que comienza en un punto en la costa denominado “Concordia” conforme al Tratado del tres de junio de 1929. La controversia entre el Perú y Chile también comprende el reconocimiento a favor del Perú de una vasta zona marítima que se sitúa dentro de las 200 millas marinas adyacentes a la costa peruana, y que por tanto pertenece al Perú, pero que Chile considera como parte del alta mar. (MRE, 2014)

Como se puede observar en la Figura 52, la geografía particular de la zona en controversia, genera las posiciones opuestas de ambos países; sin embargo, la CIJ ha señalado que brindará el fallo definitivo a esta demanda el 27 de Enero del 2014, ambos países se muestran dispuestos a acatar el fallo hasta el momento.

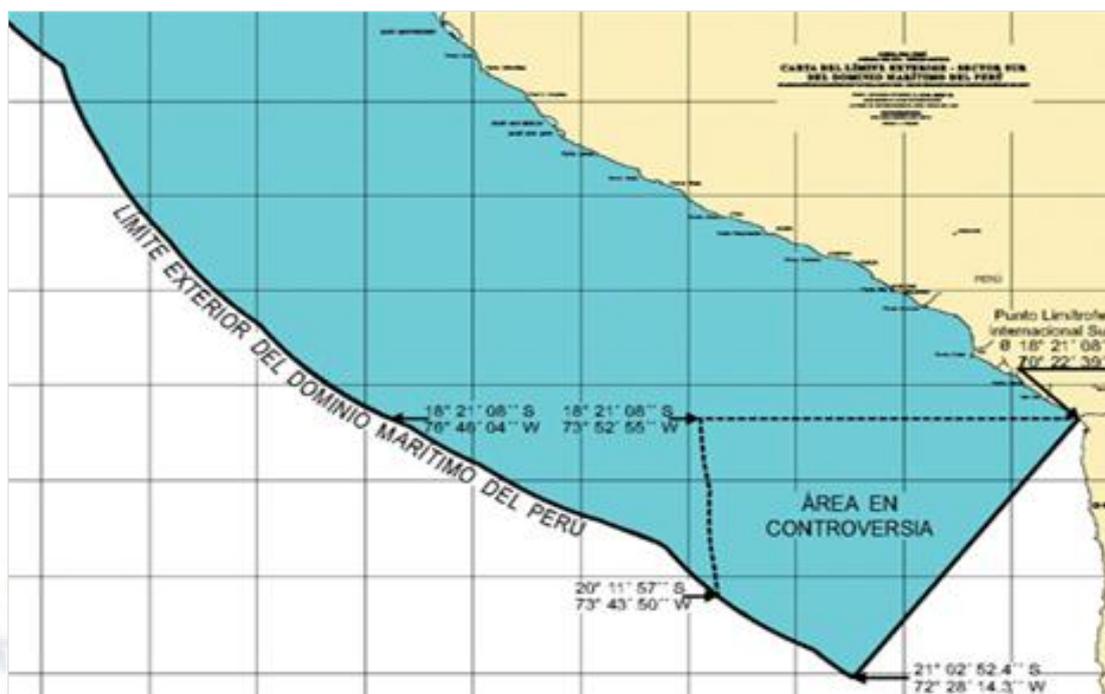


Figura 52. Área en controversia del diferendo marítimo entre Perú y Chile. Tomado de “Delimitación Marítima entre Perú y Chile”, por Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, s.f. Recuperado de: http://www.rree.gob.pe/temas/Paginas/Delimitacion_Maritima_entre_el_Peru_y_Chile.aspx

La democracia en el Perú viene siendo protegida por el actual gobierno, como uno de sus principales intereses nacionales, al mismo tiempo la identidad nacional se ha visto reforzada en los últimos años, en especial en zonas urbanas y regiones de mayor desarrollo económico, con iniciativas nacionales a través de la Comisión de Promoción del Perú para la exportación y el turismo, como es el desarrollo de la “Marca Perú” y el programa gastronómico “La Gran Cocina Peruana”, sin embargo la identidad en zonas de frontera es crítica.

La gestión de un plan de desarrollo fronterizo es vital para la incorporación de fronteras al patrimonio del país, en especial para los 81 distritos de frontera. La generación de corredores de desarrollo fronterizo, permiten las comunicaciones y articulación física como base para el desarrollo, sin embargo estas iniciativas son incipientes, ya que la Ley N° 29778 Ley Marco para el desarrollo e Integración Fronteriza recién fue aprobada en Julio del 2011, definiendo el marco para la creación

del Sistema Nacional de Desarrollo de Fronteras e Integración Fronteriza. Existen planes binacionales con Ecuador, Colombia, Brasil, Bolivia y Chile, que deben ser potenciados con infraestructura, educación intercultural, auto sostenimiento y reubicación para casos extremos.

Promover los sectores industriales y la integración internacional para el desarrollo económico y sostenible. El desarrollo económico y sostenible es uno de los intereses nacionales clave, pues de él dependen los demás intereses nacionales en forma directa o indirecta.

Se prevé un crecimiento para el Perú, mayor a 6% en el 2014, manteniendo así el crecimiento constante del último lustro, (Naciones Unidas, 2014). La base para este crecimiento es el manejo macroeconómico y fiscal, el fomento de la inversión y productividad, así como la ejecución del presupuesto público que en el 2013 se proyectaba al 80%. Otros indicadores como la inflación e índice de precios al consumidor también registran mejoras constantes, señala una inflación anual promedio de 2.86% y un índice de precios al consumidor de 3.08% (INEI, 2013b).

Tal como se señala en el Tercer Informe Nacional sobre el Cumplimiento de Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013, un objetivo importante es fomentar una alianza mundial para el desarrollo, con un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas previsibles y no discriminatorias (ONU, 2008). La promoción de sectores industriales está directamente relacionada con la integración internacional; como afirma Porter, M. (1991), las palabras del día son fusión, alianza, asociaciones estratégicas, colaboración y mundialización supranacional.

El Perú ha dado los primeros pasos para la integración internacional, el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR) encargado de supervisar la política de comercio exterior viene gestionando la firma de tratados de libre comercio

(TLC), la apertura y estandarización de procesos de importación y exportación según lineamientos de los organismos internacionales como “World Trade Organization” (WTO), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Acuerdo General del Comercio de Bienes (GATT), así como una activa participación en foros e integraciones internacionales como Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC), Alianza del Pacífico y Mercosur.

Al mismo tiempo el Perú viene fomentando el desarrollo de vías de comunicación, transporte y tecnologías de información; formando así una gran plataforma para el desarrollo de los sectores industriales y su promoción en mercados internacionales.

La geografía del Perú presenta un gran reto para las comunicaciones, tal como lo señala el MTC, el número de líneas telefónicas fijas por cada 100 habitantes ha variado desde el 2006, con un promedio de 8.5 líneas a 11.1 líneas en la actualidad. Según el Informe Técnico del INEI, “Las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares 2013”, en Lima Metropolitana el 57.1% de hogares cuenta con una línea telefónica, en el resto urbano un 26.8% y en el área rural sólo un 2.6% de hogares cuentan con línea telefónica fija (INEI, 2013c).

Sin embargo en telefonía móvil se registran crecimientos acelerados, se estima que el Perú cuenta con 30 millones de conexiones móviles, de los cuales 20 millones están activas y el 20% de líneas activas son teléfonos inteligentes con acceso a internet; el 87.2% de hogares en Lima Metropolitana cuentan con al menos un celular, sin embargo este porcentaje baja a 62.1% en el área rural. Según muestra la Tabla 13, el acceso a internet también registra crecimiento sin embargo aún mantiene niveles muy bajos sobre todo para zonas rurales (INEI, 2013c).

Tabla 13

Hogares con acceso a internet en el Perú, 2012-2013.

Área de residencia	Abr-May-Jun. 2012	Abr-May-Jun. 2013 P/	Variación absoluta (En puntos porcentuales)
Total	19,0	22,6	3,6
Lima Metropolitana	34,6	41,7	7,1
Resto urbano 1/	18,6	21,2	2,6
Área rural	0,7	1,2	0,5

Nota: 1/No incluye Lima Metropolitana. P/ Preliminar. Tomado de “Las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares 2013”, por INEI, 2013. Recuperado de: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/17217.pdf>

Otra iniciativa de integración y promoción de sectores industriales, son el desarrollo de carreteras interoceánicas, según la iniciativa Integración de Infraestructura Regional Sudamericana (IIRSA), que propone para Sudamérica nuevos ejes de integración y desarrollo; Perú participa en cuatro de estos ejes: Eje Amazonas, Eje Perú-Brasil-Bolivia, Eje Interoceánico y Eje Andino. Los objetivos principales para el desarrollo de estos ejes son el acceso a otros países, apertura de mercados y acuerdos de libre comercio.

Fortalecer a las Fuerzas Armadas para erradicar el narcotráfico, terrorismo e inseguridad ciudadana. El organismo público descentralizado de la Presidencia del Consejo de Ministros encargado de la estrategia nacional de lucha contra las drogas es la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), establece los siguientes objetivos: (a) enfrentar todos los problemas derivados del consumo y dependencia, con las armas de una educación preventiva y el tratamiento multidisciplinario; (b) anteponer el ejercicio de la ley al desafío del tráfico ilícito de drogas y su cadena delictiva, (c) propiciar la solución al problema nacional de la producción de cultivos para fines ilícitos, principalmente el de la hoja de coca, para usos no tradicionales, ni industriales, desde una perspectiva social amplia que propone

la reducción sostenida de los mismos y evitar su incremento, desarrollando acciones orientadas al desarrollo sostenible como una estrategia integral de acción en las zonas cocaleras.

En Marzo del 2012 se oficializó la Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas (ENLCD), a través del D.S. N° 033-2012-PCM, que se basa en tres ejes de estratégicos para cumplir los objetivos de DEVIDA: desarrollo alternativo integral y sostenible, interdicción y sanción, y prevención y rehabilitación. DEVIDA también gestiona programas específicos de prevención, desarrollo alternativo, cooperación internacional, siendo el desarrollo de cultivos alternativos como el cacao y el café, una de las estrategias más exitosas para erradicar la producción de la hoja de coca.

Perú mantiene el apoyo económico internacional para la lucha contra el narcotráfico, por ejemplo en el 2012, EE.UU aportó una ayuda económica de 55.3 millones de dólares, y en el 2013 la Unión Europea (UE) también destinó 32 millones de euros para este fin. Asimismo, la oficina del servicio secreto de Estados Unidos de Norteamérica confirmó que el Perú se convirtió en el 2013 en el primer productor de dólares falsos y también el primer productor de hoja de coca en el mundo, (USSS, 2013).

La lucha contra el narcotráfico apoya indirectamente a la lucha contra el terrorismo, pues en el Perú el narcotráfico y el terrorismo vienen fortaleciendo una unión o alianza desarrollada a lo largo de varios años llamada “narcoterrorismo”. A pesar que el terrorismo sufrió grandes derrotas durante las décadas de los años 90 y 2000, nunca fue erradicado por completo y en los últimos años viene recobrando fuerza especialmente en la zona del VRAEM (Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro), incluso han llegado o a ocupar puestos dentro del Congreso de La República en forma encubierta. Sendero Luminoso sigue siendo el grupo terrorista

con mayor actividad, la policía en coordinación con el ejército mantiene presencia en la zona del VRAEM y los enfrentamientos con los terroristas son frecuentes. El terrorismo minimizó las oportunidades de desarrollo del país y la capacidad de captación de inversiones extranjeras, además de generar la mayor cantidad de muertes, pobreza y violación a los derechos humanos registrada en la historia republicana del Perú, por ello la lucha en su erradicación es urgente.

Por otro lado, los hechos delictivos (robos, secuestros, extorsión, amenazas, ofensa sexual, etc.) registran un crecimiento constante a nivel nacional. Según el INEI, el 39.9% de población de 15 años o más ha sido víctima de algún hecho delictivo en Lima Metropolitana, y para las demás zonas varía entre 26% y 40% dependiendo del tamaño de la ciudad y la percepción de inseguridad en la población supera el 80% (INEI, 2001). En Octubre 2013, el Ministerio de Justicia, a través del Consejo Nacional de Política Criminal (CONAPOC), decidió conformar el Comité Estadístico Interinstitucional de Criminalidad (CEIC) bajo el D.S. N°013-2013-JUS, con la finalidad de estandarizar y consolidar la información de los diferentes organismos que gestionan información relevante para temas de seguridad ciudadana, como son el Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia, la Fiscalía, el INEI, el Poder Judicial, el instituto nacional penitenciario (INPE) y la Policía Nacional del Perú (PNP). Basados en información uniforme y veraz, se generarán las estrategias necesarias para combatir la delincuencia a nivel nacional, sin embargo aún no son claras las directivas, ni el plan nacional que el gobierno llevará a cabo para acabar con la inseguridad ciudadana.

Desarrollar un Estado moderno que fomente el respeto a los derechos humanos, estado de derecho y el medio ambiente. Como base para el desarrollo económico, promoción de inversiones y de importancia significativa para la política

exterior del país. En el Perú existen varios organismos relacionados a temas de derechos humanos y estado de derecho, entre ellos, el Ministerio de Justicia que a través del Consejo Nacional de Derechos Humanos, asesora al Poder Ejecutivo en temas de derechos humanos, a su vez, a través de la Comisión Nacional de Estudio y Aplicación de Derecho Internacional Humanitario, promueve la implementación, respeto y aplicación del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en el Perú, e impulsa la difusión e información de las normas y principios del DIH a nivel nacional y descentralizado, dirigidas tanto al sector público como a la sociedad civil.

Del mismo modo, el de Defensa Jurídica del Estado supervisa el sistema de Defensa Jurídica del Estado, con apoyo del presidente de Defensa Jurídica, los miembros del consejo, el presidente del tribunal de sanción y los procuradores públicos, encargados de representar y defender jurídicamente al Estado. Otro de los servicios que brinda el Ministerio de Justicia es la asesoría legal gratuita a aquellas personas que hayan sufrido violación de sus derechos, sin embargo los pocos recursos del Estado, no permiten que estos servicios se brinden en forma eficiente y descentralizada.

En el ámbito internacional, el Perú es miembro del Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en el Perú cuenta con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo objetivo principal es fortalecer la gobernabilidad democrática, con el desarrollo de proyectos específicos como La Comisión de la Verdad y de la Reconciliación y la Mesa de Concertación de Lucha contra la pobreza. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), también fomenta la justicia social y los derechos humanos y laborales, tal como señala la ONU (ONU, 2008).

El Perú también forma parte de la Organización de Estados Americanos (OEA), que brinda el marco para dos organizaciones internacionales: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, los Estados miembros de la OEA brindan su consentimiento para ser supervisados por ambas organizaciones internacionales.

3.1.2. Potencial nacional

Según Hartmann (como se citó en D'Alessio, 2013), los siete elementos del poder nacional son: (a) la estructura poblacional (demográfico), (b) el tamaño y la forma del territorio (geográfico), (c) el material estratégico (económico), (d) desarrollo tecnológico, (e) la experiencia pasada, (f) la forma de Gobierno y (g) las Fuerzas Armadas y el desarrollo del equipamiento que posee.

Estructura Poblacional (demográfico). El Perú cuenta con grandes ventajas en el aspecto demográfico, con una población joven y con un crecimiento promedio de 1.2% anual. El INEI (2001) proyecta para los años 2014 y 2015 una población de 30.8 y 31.1 millones de habitantes respectivamente, concentrándose la mayor parte de esta población en Lima, con 9.6 y 9.8 millones de habitantes para los años señalados. Este tipo de concentraciones se producen en varios departamentos de la costa del Perú, generándose grandes diferencias con la función demográfica de las zonas de la selva, como por ejemplo Madre de Dios, que según el INEI (2001) contará con una población de 137,316 habitantes en el año 2015, es decir 1.6 habitantes por km². La poca densidad de estas zonas retarda el alcance a servicios básicos, comunicaciones, tecnología, etc. y además, de mantenerse el ritmo de crecimiento poblacional que señala el INEI (2001), las instituciones nacionales no se darán abasto para cubrir las necesidades de la población en departamentos con gran concentración, limitando aún más su capacidad de servicio a las zonas con menor densidad poblacional.

Por último, considerando que la población tiene un promedio de 25 años de edad, las políticas de prevención, sobre todo en temas de salud, pueden ser exitosamente generalizadas a nivel nacional.

El tamaño y la forma del territorio (geográfico). El Perú cuenta con grandes ventajas en el tema geográfico, que de ser utilizadas en forma efectiva, favorecerán a los sectores industriales y desarrollo económico del país.

El Perú se ubica en la parte centro occidental de América del Sur, ocupando un área de 1'285,216 km²; cuenta con mar peruano que es parte del Océano Pacífico y según sus características topográficas, goza de tres regiones naturales diferenciadas, costa, sierra y selva.

Su ubicación geográfica es privilegiada a nivel mundial, ya que ofrece un centro geográfico y económico para el desarrollo de negocios en América del Sur, tanto para el comercio marítimo como aéreo. En el pasado varias empresas transnacionales evaluaron abrir sedes en el Perú, sin embargo el nivel de terrorismo no brindaba la seguridad necesaria para las inversiones extranjeras, esta situación es diferente hoy en día, debe ser aprovechada y demostrada al mundo.

A pesar de la difícil geografía que impone la Cordillera de los Andes en el centro del país, existen vías de comunicación terrestre nacional e internacional en proceso de desarrollo, como es la carretera Longitudinal de la Sierra, la carretera Marginal de la Selva y la carretera Interoceánica, que conectará Brasil y Perú con acceso hacia el Océano Pacífico, y la carretera Panamericana que une el país de norte a sur en forma continua.

Por otro lado, la gran diversidad de flora, fauna y climas, permite el desarrollo de diferentes industrias y espacios para el desarrollo y la investigación; así como sus reservas naturales de gas, petróleo y minerales, entre los que se destacan el oro y la

plata. Esta gran diversidad y geografía heterogénea, genera ventajas pero a su vez genera un gran reto, la descentralización de servicios para lograr un alcance a nivel nacional, de tal forma que la administración del gobierno logre favorecer a toda la población, y no sólo a las zonas con alta concentración de población o focos de desarrollo generados por explotación de recursos naturales.

El material estratégico (económico). Según se observa en la Figura 53, el crecimiento del PBI en el Perú es positivo y constante. Según el INEI, en los últimos 20 años el PBI se cuadruplicó, este crecimiento se asocia a gobiernos con políticas responsables y de largo plazo, fortalecimiento de la moneda Nuevo Sol y desarrollo económico a través de la exportación de productos tradicionales y no tradicionales . Sin embargo, (INEI, 2013d) se mantiene la falta de generación de valor agregado en industrias peruanas tanto de productos como de servicio.

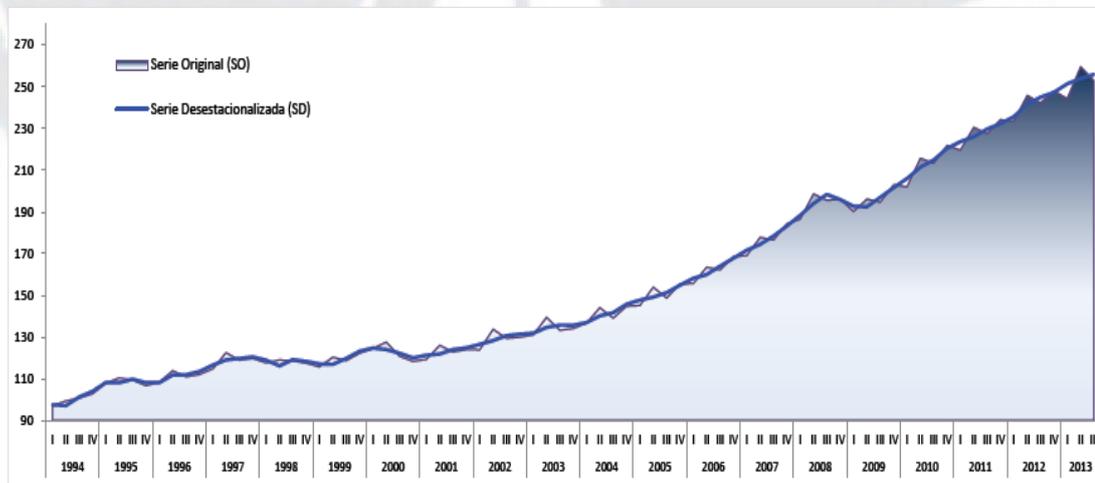


Figura 53. Producto Bruto Interno 1994-2013.

Tomado de “Comportamiento de la Economía Peruana en el Tercer Trimestre 2013”, por INEI, 2013a. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/1-pbi-iii-trimestre-2013.pdf>

El actual gobierno ha iniciado una política de promoción a la inversión privada; el presidente Ollanta Humala asegura para el año 2014, inversiones de 14,000 millones de dólares para proyectos mineros, distribución de gas a 11 regiones del país, así como mantenimiento y desarrollo del primer sistema de transporte

conocido como metro en la capital del país, con inversiones de 6,000 millones de dólares (RPP, 2013c) . Siendo el Perú un país minero, cuyas exportaciones de mineral representan el 60% de las exportaciones totales, el aseguramiento de nuevos proyectos mineros es vital para el desarrollo económico del país. En el 2014, se iniciará la etapa de producción de tres proyectos de explotación mayoritaria de cobre con la explotación de mina Toromocho, mina Las Bambas y mina Constancia, elevando la producción nacional de cobre en 680,000 toneladas anuales.

El desarrollo tecnológico. Este elemento de poder nacional es uno de los más débiles actualmente. Según el Reporte Global de Competitividad 2013-2014 y su asociada en Perú la SNI, el Perú ha retrocedido en preparación tecnológica del puesto 83 al 86 y en innovación y factores de sofisticación del puesto 117 al 122.

Tabla 14 *Niveles de industrialización e inversión en base a I&D y PBI*

Niveles de industrialización e inversión en base a I&D y PBI

Etapa de Industrialización	Rango PBI per cápita (USD)	Ratio I&D/PBI	Etapa de crecimiento	Modelo de ejecución de I&D	Actividades principales de innovación
Primera	[0;400 >	< 1%	Inicial de crecimiento económico	Dominada por el gobierno	Introducción de tecnología e imitación
Segunda	[400;2,100 >	1%~2%	Arranque del crecimiento sostenido	Dominación dual (gobierno y empresas)	Asimilación, absorción y mejoramiento de la innovación
Tercera	[2,100;3,360 >	> 2%	Inicial de economía desarrollada	Dominada por empresas	Innovación auto sostenida
	[3,360;5,040 >	> 2%	Avanzada de economía desarrollada	Dominada por empresas	Innovación auto sostenida

Nota. Fuente: Zhang y Chen (2011). Tomado de “Política de Inversión Pública en Ciencia, Tecnología e Innovación, Prioridades 2013-2020”, por MEF, 2013. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/novedades/2013/agosto/Lineamientos_CTI.pdf

Según el informe de “Política de Inversión Pública en Ciencia, Tecnología e Innovación, Prioridades 2013-2020” del MEF, la política de inversión pública en ciencia, tecnología e innovación, tiene como objetivo prioritario adquirir nuevos conocimientos y tecnología, además de lograr mayor eficiencia en transferencia de

conocimientos y tecnología, así como en absorción y uso de conocimientos y tecnologías. También se señala que hay una relación directa entre el crecimiento del PBI y el porcentaje de PBI invertido en investigación y desarrollo. El Perú se ubicaría en la tercera etapa, o incluso habría cruzado el umbral de la etapa de madurez según el PBI del país; sin embargo, la realidad es otra pues los esfuerzos en I&D la alejan hasta la primera etapa junto con los países no industrializados (MEF, 2012b), según muestra la Tabla 14.

En el Perú, la inversión en tecnología registra un crecimiento, comparado con la década de 1990. Sin embargo, su ritmo de crecimiento es mucho menor al registrado por el PBI, e incluso se muestra una disminución en el año 2011, tal como se muestra en la Figura 54.

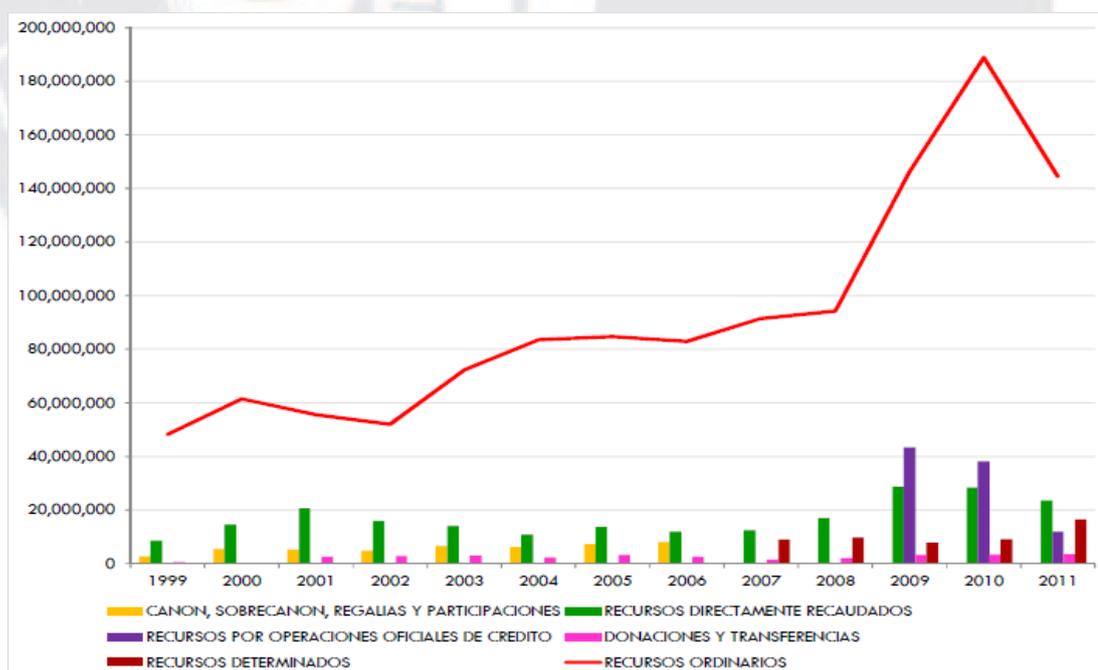


Figura 54. Gasto en Ciencia, Tecnología e Innovación 1999-2012.

Fuente: Zhang y Chen (2011). Tomado de "Política de Inversión Pública en Ciencia, Tecnología e Innovación, Prioridades 2013-2020", por MEF, 2012b. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/novedades/2013/agosto/Lineamientos_CTI.pdf

El problema tecnológico del Perú, radica en la gran cantidad de pequeñas y micro empresas, sumado al problema del autoempleo; pues es muy difícil que este

tipo de negocios genere desarrollo en temas de tecnología, conocimientos e innovación, y menor aún es la capacidad de transferencia de tecnología en caso se haya generado alguno (MEF, 2012b).

La experiencia pasada. La historia del Perú se inicia con el desarrollo de las primeras culturas prehispánicas como la cultura Caral que se estima data del año 3000 a.C. Luego el desarrollo de la cultura Chavín que dominó la zona que ocupa actualmente el Perú los últimos mil años antes de Cristo, las culturas de esta etapa han dejado un legado muy valioso para el país, con ruinas que hasta la actualidad se mantienen presentes, demostrando su existencia. Luego de esta primera etapa se inician culturas con tendencias militarizadas como Moche, Nazca, Tiahuanaco, Huari e Inca entre las más importantes. La cultura Inca destacó por su gran organización política, social, económica y militar, logrando conquistar áreas que le permitieron ser uno de los imperios más importantes de América Latina.

Con el descubrimiento de América en el año 1492, y la llegada de españoles al Perú en el año 1532, se inician las guerras civiles entre conquistadores y población indígena, que a opinión de muchos, no pueden ser consideradas guerras civiles debido a la gran diferencia de recursos entre ambos bandos, y que debieran ser consideradas masacres indígenas. Las estrategias de conquista de los españoles fueron muy violentas, con métodos de amedrentamiento inhumanos. Se suman a estas masacres, la cantidad de enfermedades infecciosas que trajeron los conquistadores provenientes del continente europeo, fueron devastadoras para la población indígena, en especial la viruela. Las guerras civiles finalizaron con la conquista del imperio incaico y establecimiento del virreinato que perduró por casi 300 años. El 28 de Julio de 1821 José de San Martín declara la Independencia del Perú, iniciándose la época

Republicana luego de grandes luchas coordinadas por dirigentes militares y políticos de América del Sur en contra de la administración española.

Actualmente, se puede identificar una época importante dentro de la etapa Republicana, la época del terrorismo, que desde 1970 y por 20 años, mantuvo en alarma constante a la población y que generó un estimado de 60,000 muertos, la mayor cantidad de muertes en el último siglo, sumados terroristas, personas inocentes y efectivos de las Fuerzas Armadas. Las secuelas de esta época de violencia están latentes en todo el país, en forma psicológica, social, económica, militar y política.

La forma de Gobierno. El Perú presenta grandes deficiencias en la gestión pública, organizacional y administrativa. La capacidad de gestión del presupuesto público es un punto crítico a desarrollar, en la actualidad ni siquiera se ejecuta el presupuesto público en un 100%, y no por falta de recursos sino por falta de gestión de gobierno. En el año 2002 se promulga la Ley de Bases de la Descentralización N° 27783 y la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867, como iniciativa para descentralizar el poder político y económico concentrado en el departamento de Lima, sin embargo después de más de una década de dicha iniciativa, los resultados no son los esperados.

La falta de capacitación y supervisión de las autoridades de los gobiernos regionales, no ha permitido alcanzar el desarrollo y descentralización esperados, la desorganización del gobierno se hace más notoria con este nuevo sistema regional. Como se puede observar en la Figura 55, los factores con mayor problema para hacer negocios en el Perú, están relacionados a temas gestionados por el gobierno (WEF, 2013).

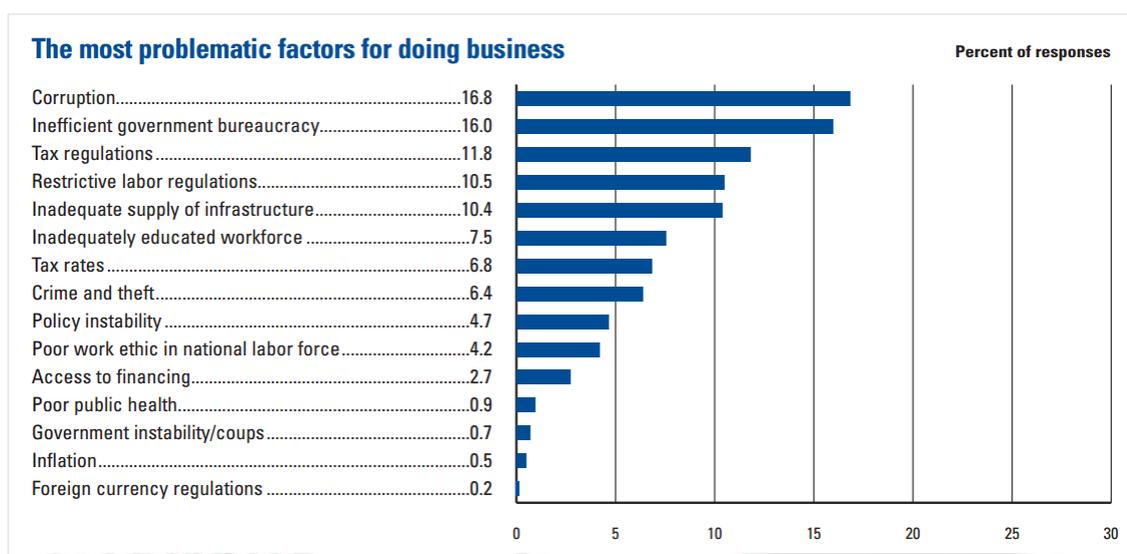


Figura 55. Factores más problemáticos para hacer negocios en Perú.
Tomado de “Reporte de Competitividad Global 2013-2014”, por WEF, 2013. Recuperado de http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013-14.pdf

La burocracia es uno de los factores más críticos, pues la cantidad de trámites y certificaciones solicitadas para inversionistas son excesivos. Por otro lado, la corrupción está en el segundo lugar y es se presenta en las instituciones públicas y militares. Por otro lado la cantidad de negocios informales y personas que laboran en forma ilegal, disminuye las oportunidades de desarrollo del país.

Las Fuerzas Armadas y el desarrollo del equipamiento que posee. Según el MINDEF la política general para el sector defensa, resalta como objetivo principal, mejorar la capacidad operativa de las Fuerzas Armadas, así como su capacidad de respuesta ante cualquier amenaza. En el 2013 se ejecutaron diferentes proyectos para asegurar la competitividad de las flotas militares nacionales así como su aseguramiento ante siniestros; las cantidades de inversión son inciertas, dado que en el año 2012 bajo el D.S. N° 052-2001-PCM, se declara bajo carácter de secreto, la contratación de bienes, servicios u obras que revelen naturaleza, cantidad, ubicación y operatividad de material bélico. Sin embargo, el MINDEF señala una necesidad urgente de adquisición de armamento, radares, tanques, helicópteros, misiles y

armamento diverso que sería comprado en el año 2014. Estas medidas no son comunes, por lo general los proyectos de renovación de equipos bélico se ven cancelados o retrasados. Históricamente, el dominio militar del Estado Peruano ha sido frágil en la región, optando por ceder territorios ante conflictos fronterizos.

Otro de los problemas que enfrentan las Fuerzas armadas es la poca cantidad de personal, la remuneración ofrecida y los beneficios asociados no logran generar un incremento en el personal a pesar que el crecimiento poblacional se mantiene constante.

3.1.3. Principios cardinales

Según Hartman (como se citó en D'Alessio, 2013), los principios cardinales son la base de la “política exterior”, es lo que debe hacer una nación para alcanzar sus objetivos, siendo: (a) influencia de terceras partes, (b) lazos pasados y presentes, (c) contra balance de intereses, y (d) conservación de los enemigos.

La influencia de terceras partes. El Perú cuenta con algunas ventajas con respecto a algunos de los países con los que limita, ya sea por gozar de un territorio más grande, mayores recursos naturales, mayor área de límite con el Océano Pacífico, etc. La capacidad de negociación de Perú se ve reforzada en temas energéticos relacionados al gas natural, al contar con 25 veces más reservas probadas de gas natural que Ecuador y el triple que Chile y Colombia. Las buenas relaciones con Bolivia y su necesidad de tener acceso al mar, lo suman como socio estratégico ante las diferencias históricas generadas con Chile.

El potencial económico y ubicación geográfica privilegiada en América del Sur, genera un mayor interés de países más desarrollados como EEUU, China, Chile, Brasil y la Unión Europea, basados en el desarrollo del comercio internacional a través de TLC.

Lazos pasados y presentes. El Perú goza de una imagen como país pacífico a nivel internacional, en la actualidad se mantienen buenas relaciones con los países limítrofes y las fronteras están claramente delimitadas, a excepción de la inexistencia de límites marítimos con Chile, antes expuesta.

Ecuador. Las relaciones con el Ecuador se encuentran fortalecidas, celebrando 15 años del acuerdo de paz definitivo firmado por ambos países en 1998 en Brasilia. El ambiente de paz con el país del norte del Perú, ha permitido desarrollar proyectos conjuntos de desarrollo de pueblos en la zona de frontera, tal como se detalla en el Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú Ecuador 2000-2013, enfocado en proyectos de infraestructura social y productiva, aspectos ambientales y promoción de la inversión privada en zonas fronterizas.

Según la cancillería del Gobierno del Ecuador (2013), en el VII Gabinete Ministerial Binacional celebrado en Piura en Noviembre de 2013, los presidentes de ambos países, concretaron seis convenios y una Declaración Presidencial, enfocados en mejorar la vida los habitantes de las zonas fronterizas.

Colombia. El Perú comparte con Colombia culturas prehispánicas, costumbres, idioma, etc. Sin embargo las relaciones históricas con Colombia presentan factores a favor y en contra; atravesando por un siglo de disputa territorial que finalizó con la firma del Tratado de Límites Salomón Lozano en 1922.

Uno de los recursos de mayor valor y compartido por ambos países es el río Amazonas, por ello se genera la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), integrada por Bolivia, Brasil, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam, Venezuela y Colombia. Según el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, el plan estratégico 2010 – 2018 de la OTCA, tiene como objetivo la conservación y uso

sostenible de recursos naturales, y el desarrollo económico y social de la Cuenca Amazónica.

Otros problemas que comparten Perú y Colombia son el terrorismo y narcotráfico desarrollado en la zona de frontera. Ambos países cuentan con el apoyo principal de EE.UU en la lucha contra el narcotráfico, siendo los principales productores de hoja de coca en el mundo.

Brasil. En el año 2003 Perú y Brasil los presidentes de ambos países firmaron una alianza estratégica peruano-brasileña, que prioriza los temas de seguridad internacional, regional y bilateral, control aéreo y marítimo en la Amazonía, democracia, derechos humanos gobernabilidad y desarrollo, establecimiento de una zona de libre comercio entre el Perú y el Mercosur, desarrollo de la iniciativa IIRSA, ambiente y desarrollo sostenible de la Amazonía, relaciones culturales y de turismo, desarrollo del plan de trabajo de Brasilia y por último nuevas áreas de cooperación. Luego de diez años de esta alianza, se mantienen las relaciones de colaboración estrecha para el desarrollo bilateral. En Noviembre 2013, los presidentes de ambos países suscribieron convenios sobre temas relacionados con el medio ambiente, el tema laboral y la integración fronteriza y comunicaciones (RPP, 2013a)

Finalmente, el proyecto de integración entre Perú y Brasil más significativo en la actualidad es la IIRSA, en el cual Brasil viene desarrollando 86 proyectos con una inversión de US\$ 61,366 millones de dólares y por su parte Perú está desarrollando 68 proyectos con un total US\$ 9,291 millones de dólares.

Contra balance de intereses. El interés actual de grandes potencias mundiales en el Perú debe ser aprovechado, desarrollándose como centro estratégico de negocios para Latinoamérica. Sin embargo, esta oportunidad genera algunas amenazas que deber evaluadas y controladas.

El Perú está abriendo sus fronteras a negocios internacionales, en base a tratados de libre comercio, pero al mismo tiempo incrementa el ingreso de productos, disminuyendo aún más nuestra capacidad de producción y el mercado nacional. Por otro lado, la captación de nuevas inversiones que son necesarias para el desarrollo del país según el nivel de recursos económicos actuales, también minimiza la participación de mercado de empresas nacionales. Si bien este factor impulsa el desarrollo de las empresas, obligándolas a ser más competitivas, se necesita una base económica, tecnológica y de recursos humanos, que por el momento carecen la mayoría de empresas en el Perú.

Otro factor importante para el Perú es la protección de sus recursos naturales y medio ambiente; sin embargo, al ser un país principalmente minero, el contra balance de estos factores con los objetivos de desarrollo minero, es crítico para identificar proyectos realmente sostenibles y socialmente responsables, asegurando no sólo el desarrollo del sector minero sino también el desarrollo conjunto de todos los grupos de interés involucrados.

Conservación de los enemigos. El Perú mantiene como enemigo histórico al vecino país de Chile, la política del Estado peruano respecto a este tema ha mantenido un perfil diplomático, en donde se puede identificar una “doble relación” bilateral. La primera relación bilateral se basa en las disputas territoriales históricas y actuales, con un trabajo diplomático arduo pero con resultados poco favorables para el Perú. En forma paralela se desarrolla la segunda relación bilateral, en el que ambos países logran acuerdo de integración y cooperación económica como el APEC, el Acuerdo de Asociación Transpacífico (TPP, según sus siglas en inglés), la Alianza del Pacífico (ADP), etc.

Se espera que el problema limítrofe marítimo presentado ante La Haya, antes expuesto, se mantenga bajo la misma tendencia de “doble relación”, y que en el peor de los escenarios, afecte la relación histórica de disputas territoriales y se siga manteniendo a Chile como un enemigo histórico, pero que no afecte la relación de integración y cooperación económica.

3.1.4. Influencia del análisis en el Sector Salud

Uno de los intereses nacionales propuestos es promover los sectores industriales y la integración internacional para el desarrollo económico y sostenible, siendo el Sector Salud parte de los sectores industriales, es relevante su promoción para el desarrollo del país.

El análisis tridimensional de las naciones, resalta oportunidades de desarrollo para el Sector Salud, siendo además un sector prioritario en comparación con los demás sectores industriales, pues es un derecho de los ciudadanos peruanos gozar de un buen servicio de salud y que se garantice cobertura nacional. Como se señaló en el contra balance de intereses, los recursos humanos son básicos para el desarrollo y competitividad de las empresas peruanas, sin un Sector Salud potente, no se brindará al país la calidad de recursos humanos que se necesitan para aprovechar todo el potencial nacional expuesto, en especial en los factores demográfico, geográfico y de crecimiento económico actuales.

Otros dos intereses nacionales propuestos y que dependen del desarrollo del Sector Salud, es elevar la calidad de la educación y fortalecer a las Fuerzas Armadas, el país no logrará ninguno de estos objetivos sin antes proveer una población sana.

3.2. Análisis Competitivo del País

3.2.1. Condiciones de los factores

Factor humano, mano de obra y conocimiento. En el 2013, la población del Perú alcanzó los 30'475,000 habitantes, se estima un crecimiento de 339 mil personas anualmente, con ciertas características que hacen del factor humano un factor competitivo, el Perú tiene una población joven, cuyo total de jóvenes de 15 a 29 años representa casi el 30% de la población total, versus la población adulta mayor que alcanzó en el 2013 el 9.2% de la población total según el INEI, esta población identificada como Población Económicamente Activa (PEA) (INEI, 2013b). Por otro lado, aún se mantiene un problema de concentraciones poblacionales en ciertas regiones, en el Perú sólo siete departamentos concentran más del 60% de la población. La centralización de la mayoría de instituciones públicas en Lima siempre ha sido un problema general del Perú para el desarrollo general.

El ritmo de crecimiento poblacional es de 1.3% anual, aproximadamente 1500 nacimientos y 325 defunciones por día. A esto se suman los retornos de peruanos que vivían en el extranjero y que se mantiene en aumento, según Figura 56. Esto debido a la crisis mundial y al crecimiento económico del país. Un aspecto positivo de estos retornos es que se trata de población joven entre 30 y 40 años de edad (INEI, 2013e).

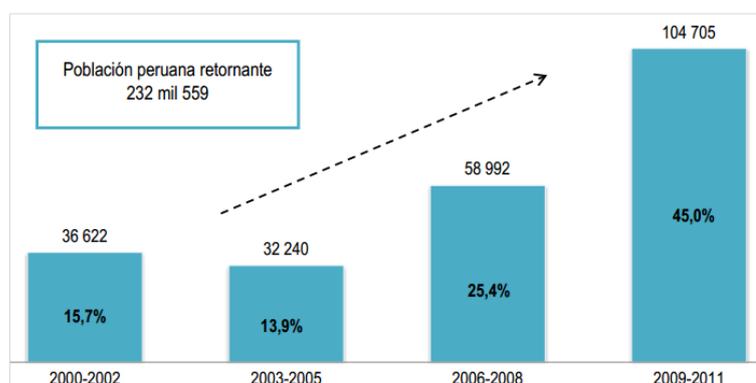


Figura 56. Población peruana retornante del exterior, 2000-2011.

Tomado de "Informe sobre la población en el Perú 2013", por INEI, 2013e. Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf

En la última década, la esperanza de vida se incrementó en 2.5 años, con un promedio de 78.8 años para varones y 82.7 años para mujeres. Casi un 40% de hogares vive con un adulto mayor, que en el 74.2% de los casos es el jefe del hogar. Sin embargo, el factor humano también presenta características que disminuyen su competitividad, en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, un 13.2% ha estado embarazada al menos una vez, y con mayor incidencia en el área rural, generando un ciclo de pobreza continuo, pues el 57% de madres adolescentes no estudian ni trabajan y cerca del 50% no usan métodos anticonceptivos (INEI, 2013b). Por ello se ha trabajado en fuertes campañas de planificación familiar, logrando un alcance de 99.98% de conocimiento sobre algún método de planificación en adolescentes.

Otro factor crítico en la población es el nivel de educación, sólo el 15% de la población adulta cuenta con estudios superiores, el 18% sin nivel educativo y sólo 21.5% cuenta con educación secundaria.

Factor Infraestructura. En el Perú la infraestructura es un tema crítico. A nivel internacional el Perú ocupa el puesto 91 en infraestructura según el Reporte de Competitividad Global 2013, como se señaló anteriormente, los proyectos de descentralización y gobierno por regiones aún no son eficientemente controlados y esto impacta principalmente en el tema de presupuesto para infraestructura. Según la Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (AFIN), sólo 5 regiones ejecutaron obras por impuestos y muchas concesiones relacionadas con transporte público, aeropuertos, puertos, carreteras, energía y salud fueron aplazadas sumando un total de US\$9,000 millones en el año 2013. Como se señala en la Tabla 15, en el 2008 la brecha en infraestructura alcanzaba los US\$37,700MM, y a pesar del crecimiento constante durante los últimos cinco años, la brecha no se ha reducido (MEF, 2012a) .

Tabla 15

Brecha de infraestructura en el Perú, 2008

Sector	Brecha 2008	%
Transportes	13,961	37
Aeropuertos	571	1.5
Puertos	3,600	10
Ferrocarriles	2,415	6
Redes viales	7,375	20
Saneamiento	6,306	17
Agua potable	2,667	7
Alcantarillado	2,101	6
Tratamiento de aguas residuales	1,538	4
Electricidad	8,326	22
Generación	5,183	14
Transmisión	1,072	3
Cobertura	2,071	5
Gas natural	3,721	10
Telecomunicaciones	5,446	14
Telefonía fija	1,344	4
Telefonía móvil	4,102	11
Total	37,760	100

Nota. Tomado de "Agenda de Competitividad 2012- 2013", por MEF, 2012a. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/contenidos/competitiv/documentos/Agenda_Competitividad_2012_2013.pdf

Para cerrar la brecha actual de infraestructura que asciende a US\$ 40,000MM, se deberían invertir US\$88,000 MM durante los siguientes cinco años, de mantenerse el crecimiento económico del país. El ritmo de crecimiento del Perú necesita de mejoras urgentes en infraestructura; un claro ejemplo es el del puerto del Callao, que cada día recibe mayor tránsito y sin embargo la capacidad del puerto y sus vías de acceso no han sido potenciadas, generando sobrecostos y un pasivo que debe ser asumido por el sector privado.

En el Perú, cuenta con grandes oportunidades de inversión para infraestructura en el Perú, agro negocios, construcción inmobiliaria, electricidad, minería, textiles y turismo entre los principales. Según PROINVERSION, en el año 2012 se invirtieron casi US\$2,000MM en el sector eléctrico, con potencial crecimiento US\$6.000MM en los siguientes años; en el sector transporte se invirtieron US\$7,000MM durante el

2012 y se mantienen como proyectos de mayor importancia los ejes IIRSA norte, sur y centro, que permitirán elevar el nivel de percepción de calidad de las carreteras, que es bajo comparado con otros países de la región como Chile, Uruguay o Argentina.

Con respecto a la minería, el Perú cuenta con 13.6% de territorio con potencial minero, sin embargo a la fecha se aprovecha sólo un 1.10%; la inversión en infraestructura minera alcanzó un record de US\$8,000MM en el 2012, sin embargo, en el 2013 existen varios proyectos mineros paralizados por temas sociales, administrativos y políticos.

Otro sector muy atractivo que requiere de desarrollo de infraestructura es el sector pesquero, cuyas exportaciones se han triplicado en la última década, apoyado básicamente en la exportación de harina de pescado. Por último pero no menos importante, el sector turismo, con grandes proyecciones de crecimiento, ha recibido grandes inversiones, con el ingreso de reconocidas cadenas hoteleras y servicios de nivel mundial.

3.2.2. Condiciones de la demanda

El Perú registra crecimiento en su demanda nacional, el consumo privado creció en el 2012 en un 5.8% y el consumo público aumento un 10.6% según el BCRP (BCRP, 2012). Por otro lado, el PBI, las exportaciones e importaciones han crecido con un promedio constante y en consecuencia la demanda interna también presenta un crecimiento, que alcanza un promedio anual de 9.2% (MEF, 2012a)..

La demanda de servicios básicos no está cubierta, por ejemplo, la demanda nacional de agua es cubierta en un 80%, siendo los departamentos de Cerro de Pasco, Huancavelica y Amazonas los que presentan las demandas insatisfechas con mayores porcentajes, cercanos al 50%. La demanda eléctrica nacional se incrementó en un 7% en el período 2012-2013, con 69,000MW de potencial hídrico aprovechable según

PROINVERSIÓN y aprovechado en gradualmente, mayor medida por el gas natural, sin embargo la demanda de alumbrado público es cubierta en un 90% pero en la zona rural el porcentaje baja en promedio a 70%. Otros servicio básico en estado crítico debido a su falta de capacidad para cubrir la demanda actual es el desagüe, que a nivel nacional sólo cubre un 60% del total demandado (Electrocentro, 2013).

Tabla 16

Reporte de inflación del Perú, 2010-2014

PROYECCION DE	2010	2011	2012		2013		2014	
			RI Set.12	RI Dic.12	RI Set.13	RI Dic.13	RI Set.13	RI Dic.13
Var. % real								
1. Producto bruto interno	8,8	6,9	6,0	6,3	5,8-6,2	6,0-6,4	6,0-6,5	6,0-6,5
2. Demanda interna	13,1	7,2	7,1	7,5	6,2	6,3	6,3	6,3
a. Consumo privado	6,0	6,4	5,8	5,8	5,5	5,7	5,7	5,7
b. Consumo público	10,0	4,8	8,7	7,6	5,7	7,6	5,8	6,2
c. Inversión privada fija	22,1	11,7	13,5	14,7	8,2	8,2	8,2	8,2
d. Inversión pública	27,3	-17,8	23,7	23,4	14,3	15,2	11,0	11,7
3. Exportaciones de bienes y servicios	1,3	8,8	3,3	5,5	7,7	7,7	9,4	9,1
4. Importaciones de bienes y servicios	24,0	9,8	9,0	11,2	8,1	7,5	8,9	8,9
5. Crecimiento de socios comerciales	4,6	3,6	2,7	2,6	3,0	2,7	3,3	3,3
Brecha del producto 2/ (%)	0,1	0,8	-0,5 ; +0,5					

Nota. Adaptado de “Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2012-2014” por BCRP, 2012. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2012/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2012.pdf>

La población peruana presenta una demanda pasiva de los servicios públicos y privados en general, aún no se concibe el acceso a servicios básicos como un derecho, por lo tanto no hay una exigencia real por parte de la población que empuje a las organizaciones a brindar estos servicios en forma eficiente y eficaz, es decir efectiva; tampoco se promueve el ingreso de organizaciones competitivas que cubran la demanda insatisfecha que por lo general se asume incluye un costo mayor, que la población no está dispuesta o no puede pagar. Para este tipo de servicios, la demanda

opta por preferencias domésticas, pues otro tipo de proveedor no está al alcance de la mayoría o es necesario salir del país para recibir el servicio que se espera. De este modo, se concluye que la demanda es creciente pero la calidad es baja.

3.2.3. Estrategia, estructura y rivalidad de las empresas

La Sociedad Nacional de Industrias (SNI) tiene como visión servir a la industria peruana promoviendo la competitividad, la generación de valor y el desarrollo sostenible del país. Brinda diferentes servicios como defensa, gremial, información y capacitación. Sin embargo sus actividades se ven más enfocadas a temas de representación gremial.

El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), tiene diferentes objetivos para alcanzar su visión, como propiciar el buen funcionamiento del mercado, la defensa de los consumidores, prevención y fiscalización de prácticas restrictivas de la libre y leal competencia. La mayoría de organizaciones peruanas se ven afectadas por la centralización de infraestructura del país, temas tributarios engorrosos y poco estandarizados, temas laborales desfavorables para la generación de ingresos, contrabando, competencia desleal, inseguridad y corrupción.

Las empresas nacionales se ven beneficiadas con este tipo de organizaciones que se enfocan en eliminar barreras burocráticas, antidumping, subsidios, etc y brindar un adecuado ambiente legal y ético para la competencia, ya que con frecuencia se presentan casos de denuncias ante diferentes organizaciones, en especial gubernamentales, como se observa en la Tabla 17, sólo en el 2012, 277 entidades fueron denunciadas con procedimientos declarados fundados, representando los ministerios al 38% de entidades (INDECOPI, 2012).

Tabla 17

Entidades denunciadas según tipo, 2012

N°	Tipo de Entidad	Año 2012												Total	%
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
1	Ministerios	7	5	14	2	13	12	10	9	15	6	8	6	107	38.63
2	Municip. distritales	19	12	4	9	7	7	5	6	8	3	12	6	98	35.38
3	Municip. provinciales	4	5	3	6	3	3	2	3	9	6	5	3	52	18.77
4	Otros	0	0	0	1	2	1	2	2	6	1	3	2	20	7.22
Total		30	22	21	18	25	23	19	20	38	16	28	17	277	100.00

Nota. Incluye sólo procedimientos declarados fundados y los procedimientos sancionadores por incumplimiento de los artículos 5 y 7 del DL.807. Tomado de “Anuario de Estadísticas Institucionales 2012” por INDECOPI, 2012. Recuperado de http://www.indecopi.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/estadisticas_portal_principal/ANUARIO2012.pdf

Las empresas peruanas registran crecimiento moderado, con marcadas diferencias según los sectores industriales a las que pertenecen, pero en general, se presentan mejoras en la competitividad y calidad de servicios. El ingreso de empresas y cadenas extranjeras, si bien impulsa el desarrollo de la industria nacional, debe ser protegida por el Estado, ya que en la mayoría de los casos no se encuentra en condiciones de competencia iguales o siquiera cercanas a las condiciones de empresas extranjeras; un ejemplo actual es el del sector textil que se ve amenazado por el ingreso de productos de procedencia China que compiten en desigualdad de condiciones relacionados a inversión, costos de mano de obra y subvención de gobierno.

3.2.4. Sectores relacionados y de apoyo

Las organizaciones cuentan con proveedores competitivos, capacitados y que en general cumplen las expectativas de sus clientes, ya sean organizaciones públicas o privadas. Las facilidades brindadas a los importadores de bienes y la política de gobierno enfocada en el comercio internacional a través de tratados de libre comercio, promueve el ingreso de nuevos proveedores, productos y servicios, generando una

competencia comercial severa, que obliga a los proveedores nacionales a hacerse cada vez más competitivos.

Uno de los sectores relacionados en forma directa es el sector educación, por la relación directa entre la necesidad de contar con una población sana que pueda aprovechar la educación ofrecida, la necesidad de contar con población instruida para promover el crecimiento de las empresas y por ende el crecimiento del país, y por último la necesidad de educación en salud.

El sector industrial y su compromiso con el bienestar en salud de sus trabajadores y familia directa, así como su compromiso con el desarrollo de las industrias para mantener el crecimiento del país. Por último el sector minero debido a su capacidad de generación de recursos económicos y en consecuencia bienestar en salud para todas las zonas relacionadas a operaciones mineras llamadas zonas de influencia. Todos los sectores mencionados, así como los sectores de apoyo indirecto, sólo pueden integrarse e impulsar el desarrollo, a partir de una plataforma de infraestructura básica, que permita la descentralización de servicios.

3.2.5. Influencia del análisis en el Sector Salud

Según la información expuesta, se puede determinar que el Sector Salud se comporta como un eje clave no sólo para el bienestar de la población, sino también para el desarrollo económico de una nación.

El crecimiento de la población peruana y su fuerte concentración demográfica, las grandes brechas de infraestructura combinadas con la cantidad de demanda insatisfecha actual, incluso para servicios tan básicos como son el agua y desagüe son alertas que refuerzan la urgencia del desarrollo integrado del Sector Salud y afines.

La pasividad y baja calidad de la demanda, son puntos desfavorables para el desarrollo del Sector Salud; sin embargo, las oportunidades de inversión, la aparición

de nuevas industrias, la fuerte competencia comercial entre las organizaciones y la buena calidad de proveedores, así como el ambiente político y legal estable, que asegura el derecho y la libre competencia y la reducción en las barreras industriales, generan oportunidades importantes de desarrollo para el sector.

3.3. Análisis del Entorno PESTE

3.3.1. Fuerzas Políticas, gubernamentales y legales (P)

El Perú viene logrando grandes avances en su desarrollo durante los últimos años. En efecto, según el BCRP, la economía Peruana ha venido creciendo con un ritmo promedio por encima del 6% entre los años 2002 y 2012 (BCRP, 2013b).

Algunos de estos logros incluyen la estabilidad macroeconómica, la reducción de la deuda externa y la baja inflación.

Según el Banco Mundial, desde principios de los 90, el Perú se ha embarcado en una serie de reformas de las cuales la consolidación fiscal, la apertura comercial, la flexibilidad cambiaria, la liberalización financiera, la mayor atención a las señales del mercado, y una política monetaria prudente, inclusive con una fuerte acumulación de reservas, han sido componentes clave (Banco Mundial, 2013). La prudencia fiscal ha sido reforzada en años recientes por los altos precios de las materias primas.

Este panorama macroeconómico así como los progresos en política, ponen al Perú en una situación expectante en la región, el cual todavía tiene muchos interrogantes y retos por cumplir, como el de la distribución más justa de los recursos (generados por la economía) a través de los distintos estratos de la población. Si bien es cierto, hoy en día la pobreza ha disminuido en comparación años pasados, pasando de un 48.5% en 2004 a un 25.8% en el 2012, todavía existen muchas desigualdades a lo largo del territorio, sobre todo entre las áreas rurales y urbanas (BCRP, 2013b).

Ciertamente aún existen muchas cosas aún por mejorar:

Para hacer realidad un Perú con altas tasas de crecimiento económico sostenido y mayores oportunidades destacan, además de mantener una política macroeconómica prudente, tres objetivos por conseguir: (i) un Estado más efectivo, (ii) un capital humano más desarrollado, y (iii) una mejor infraestructura física. (Banco Mundial, 2011)

El entorno político es muy importante y siempre es observado por las principales agencias calificadoras. “La agencia calificadora de riesgo Standard & Poor’s afirmó que la calificación soberana de Perú podría elevarse en el futuro, si el país logra contar con un entorno político más estable” (RPP, 2013b, Párr. 1).

Con respecto a la política monetaria, el BCRP (2013b) determinó mantener una tasa de interés del 4%, el cual es compatible con la proyección estimada de la inflación que esta alrededor del 2% (2014-2015).

El menor crecimiento de las exportaciones se ve expresado en una desaceleración económica en el último trimestre del 2013, lo cual de alguna manera se explica por la desaceleración también de los principales socios comerciales del Perú, entre ellos, China y Estados Unidos. La tasa de encaje nacional a finales del 2013 se mantiene en 16%.

El Perú pertenece a diferentes organismos internacionales, destacando por su importancia los siguientes: La Organización de las Naciones Unidas (ONU), La Organización Internacional del Trabajo (OIT), La Organización de los Estados Americanos (OEA), La Comisión Interamericana de derechos humanos (CIDH), la OMS, La Organización Mundial del Comercio (OMC), La Comunidad Andina (CAN) y el Centro de Desarrollo de la Organización para la Cooperación y El Desarrollo Económico (OCDE).

El Perú pertenece a estos organismos internacionales con el objetivo de utilizarlos como marcos regulatorios que permitan visualizar al Perú como un país comprometido con las principales leyes internacionales que velan el desarrollo de las naciones. Así mismo, este tipo de organismos dan un soporte importante al país en la búsqueda de nuevas inversiones y capitales de trabajo estableciendo parte de “las reglas del juego” que se deberán tener en consideración.

El Perú también ha firmado importantes tratados de libre comercio, destacándose por el volumen de operaciones los firmados con Estados Unidos de América y la Unión Europea. Si bien es cierto, muchos de estos tratados ya ha sido firmados hace unos cuantos años, por ejemplo el TLC (Tratado de Libre Comercio) con Estados Unidos se firmó en el 2006, muchos de los demás tratados o acuerdos internacionales suscritos por el Perú no son conocidos ni aprovechados completamente. Según la Luciana León, Congresista de la República del Perú, quien presidió la comisión parlamentaria de Comercio Exterior y Turismo desde agosto 2011 hasta julio 2013:

Se han generado 20 mil nuevas pymes que exportan a Estados Unidos, pero no sucede lo mismo con los demás países, Corea del Sur, por ejemplo, es un destino atractivo que demanda mucho de nuestro café, y lo que más demanda Japón de nosotros es sacha inchi, el problema no está en cómo han sido negociados (los TLC), el problema es que no los conocemos. Y si no los conocemos y no los difundimos, hemos hecho solo una parte de la tarea. (León, 2013, Párr.3)

De la misma manera el TLC con Estados Unidos ha permitido que el Perú fortalezca e incremente las relaciones comerciales con este país. El intercambio comercial creció 105% en los cuatro años de vigencia del TLC. En 2011, el 65% de

las importaciones de Estados Unidos de productos peruanos se realizaron por las aduanas de Nueva York, Los Ángeles (California), Nueva Orleans (Luisiana), Miami (Florida) y Baltimore (Maryland). (AMCHAM, 2013).

Cabe resaltar, que el Tratado de Libre Comercio entre el Perú y Estados Unidos brinda una serie de ventajas y oportunidades para los productores peruanos, no solamente por las preferencias arancelarias que se obtienen de dicho acuerdo, sino también por la posibilidad de conseguir un acercamiento empresarial “más formal” entre las empresas o participantes de cada uno de los países. En este sentido, Estados Unidos, es el primer socio comercial de Perú en comparación a otros países con los cuales también se tiene un acuerdo.

Otro de los tratados más importantes y estratégicos para el país, es el acuerdo que se logró con la Unión Europea, el cual fue firmado el 26 de Junio del 2012. Este acuerdo permitirá aumentar el comercio y también la inversión europea en el país. De esta manera la Unión Europea se convierte en el segundo socio comercial del Perú. Por otro lado si bien es cierto, que el tratado de libre Comercio tendrá beneficios para ambas partes, para nadie es un secreto que Europa pasa por una crisis económica. En efecto, se espera que los beneficios de este tratado empiecen a dar sus frutos a mediano plazo. Según el economista Jorge Torres, sucederá lo mismo con el TLC de EE.UU, el cual se firmó en momentos de la crisis del 2008-2009, en “una Europa estancada. Entonces, el TLC es como si estuviera en hibernación. Existe, pero sus frutos no lo veremos en los próximos dos o tres años”, (BID, 2013, Párr.4).

Otro de los acuerdos más expectantes para el país es el conocido como la “Alianza del Pacífico” que está conformado por México, Colombia, Chile y Perú, y se espera que entre en vigencia en el 2014. El tratado prevé la eliminación inmediata de aranceles para el 92% de los productos, en siete años para un 7% y en 17 años para el

1% restante (Peru21, 2013). Estos cuatro países generan más del 50% del comercio exterior de la región y suman el 35% del PBI de Latinoamérica.

Con respecto al marco legal que rige la salud en el Perú se tienen dos frentes. El Marco Normativo Nacional y el Marco Normativo Internacional. Dentro del Marco Normativo Nacional se encuentran las siguientes leyes: La Constitución Política del Perú, La Ley General de Salud (26842), La ley del Ministerio de Salud (27657), Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de Salud (29414), Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (DS. N° 011-2005), como las más importantes.

Dentro del Marco Normativo Internacional el Perú forma parte de los siguientes acuerdos: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Convención Americana Sobre Derechos Humanos y El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Estas leyes conforman la estructura y marcos regulatorios de alcance sobre el cual se desarrollan las funciones y actividades relacionadas al Sector Salud en el Perú.

Es importante mencionar, que el Perú dentro de la región viene siendo considerado como uno de los principales países con un mejor y más eficiente marco regulatorio y legal, tal como se indica:

Perú volvió a ocupar el primer lugar en la evaluación del marco legal y regulatorio en América Latina, junto con Brasil y Chile, según el último informe de la revista *The Economist* en un estudio publicado en octubre, informó el Organismo Supervisor de la Inversión en Infraestructura de Transporte de Uso Público (Ositran). Dicho estudio evalúa el entorno para la generación de asociaciones público privadas y el desarrollo de concesiones en el que el Perú ocupó el tercer lugar en el ranking general, de un total de 19 países de la región. (*The Economist*, 2010, Párr.1-2)

La seguridad jurídica es uno de los principales habilitadores para la inversión extranjera, y uno de las principales variables que siempre son observadas por las diferentes empresas internacionales en pros de buscar oportunidades dentro del país.

Para entender con más profundidad el concepto de seguridad jurídica es importante tomar algunas definiciones. Por ejemplo, Fernández (1981) define seguridad jurídica, como el conjunto de:

Condiciones indispensables para la vida y desenvolvimiento de las naciones y de los individuos que la integran, constituye la garantía de la aplicación objetiva de la ley, de tal modo que los individuos saben en cada momento cuáles son sus derechos y sus obligaciones, sin que el capricho, la torpeza o la mala voluntad de los gobernantes puedan causarles perjuicios.

Una eficiente seguridad jurídica brinda a los inversionistas un indicador preciso y oportuno de las posibilidades de realizar negocios o emprendimientos en el Perú. Es importante que el país sea considerado como un país que respeta las propiedades y que establece una política de impuestos o tributos totalmente clara y eficiente para las entidades actuales y futuras que quieran desarrollar negocios dentro del Perú. Dentro del marco regulatorio nacional, el principio de Seguridad Jurídica subyace en el artículo 77 de la constitución política, el cual describe que todos tienen el deber de pagar los tributos que son determinados por el gobierno, además de soportar de manera equitativa las cargas establecidas por ley para los servicios públicos. Pero es en realidad en el artículo 139 de la constitución política en donde se describe con más exactitud el principio de Seguridad Jurídica, el cual menciona los principios que rigen la tributación y menciona la prohibición a impuestos confiscatorios y la existencia de un privilegio personal. En este sentido:

El canciller de España, Miguel Ángel Moratinos, destacó que el Perú ofrece una "seguridad jurídica impecable" para las inversiones, y destacó las excelentes relaciones bilaterales entre Madrid y Lima. Por su parte, el canciller García Belaunde destacó la importancia de las inversiones españolas en la economía peruana y dijo que las compañías ibéricas ven al Perú como un país seguro para desarrollar sus proyectos. (RPP, 2009, Párr.1,6)

De la misma manera, actualmente el Perú se encuentra a la espera del Fallo de la Corte Internacional de Justicia de La Haya por la disputa de un territorio marítimo que existe en la frontera entre Perú y Chile. El juicio que viene desde el 2008 enfrenta a estos dos países por la disputa de 70,000 kilómetros cuadrados en el océano pacífico. Este conflicto no es solamente territorial, ya que el área en disputa tiene importantes recursos pesqueros que pueden apoyar al desarrollo económico o comercial de ambos países (fauna marina muy rica y diversa). Si bien es cierto ambos presidentes han manifestado su voluntad de acatar la decisión a emitirse por la Corte Internacional de Justicia, existe aún mucha tensión entre ambos países, considerando además la historia de la guerra del pacífico que existe entre Perú y el vecino país de Chile. En la Figura 51 se puede apreciar claramente el área en disputa. Se espera que el 27 de enero del 2014, la Corte Internacional de Justicia de la Haya dé a conocer su veredicto, lo cual marcará un hito importante para la relación entre los países involucrados.

Otro punto importante a revisar dentro del estudio de las fuerzas políticas es la corrupción y el contrabando en el país. Según el índice de Percepción de Corrupción: En una escala del 0 (sumamente corrupto) al 100 (muy transparente), el Perú tiene 38 puntos en el ranking, a diferencia de Colombia (36) y Argentina (34). Venezuela y Paraguay siguen siendo percibidos como los países más corruptos

de América latina, mientras Uruguay y Chile son vistos como los líderes en transparencia, según un informe de la ONG alemana Transparencia Internacional (TI)... A nivel internacional, Somalia, Corea del Norte y Afganistán, con tan sólo ocho puntos, son los países percibidos como más corruptos del mundo según TI, y Dinamarca y Nueva Zelanda son los más transparentes al sumar 91 enteros. (Transparencia Internacional, 2013, Párr.1,2,13)

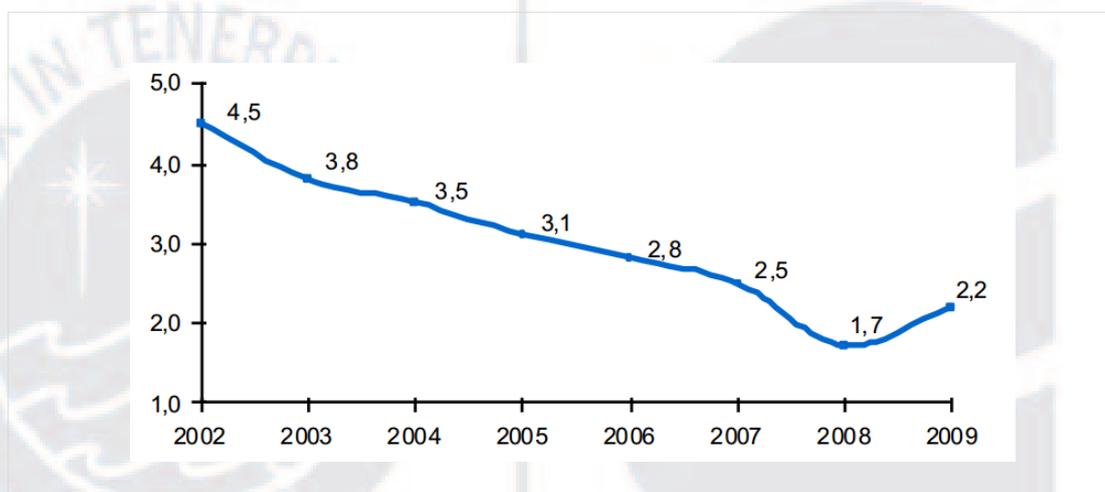


Figura 57. Evolución del Contrabando como Porcentaje de las Importaciones. Perú, 2002-2009
Tomado de “Estimación del Contrabando en El Perú durante el 2009”, por SUNAT, 2009. Recuperado de:
http://www.sunat.gob.pe/estadisticasestudios/informes_publicaciones/estimac_contrab_defraudac/estimacion_contrabando_defraudacion_2009.pdf

De la misma manera el contrabando es otro de los problemas que el gobierno tiene que solucionar, ya que a través de esta problemática, ingresan al país productos de dudosa procedencia o de mala calidad, los que finalmente son consumidos por la misma población, teniendo posteriormente consecuencias en la salud (SUNAT, 2009), como se aprecia en la Figura 57. Según la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT), el contrabando que ingresa anualmente al Perú supera los US\$ 530 millones (SUNAT, 2013).

Así mismo esta mercancía es vendida dentro del país por US\$ 1500 millones, más del 75% del contrabando entra por Tacna o Puno. Así mismo menciona que realizar este cálculo es complicado, pero ya se están realizando estudios que les permitan generar con mayor precisión estas valorizaciones. De la misma manera la SUNAT viene trabajando estrategias de la mano con países vecinos para tener un control más coordinado en los puestos de frontera.

3.3.2. Fuerzas Económicas y Financieras (E)

El PBI (Producto Bruto Interno) del Perú viene creciendo año a año, de manera consecutiva desde el año 1999, esto demuestra el crecimiento que viene teniendo el país, apoyado en gran medida por las inversiones extranjeras que ya empiezan a encontrar al Perú como un gran destino para hacer negocios y desarrollar industrias.

Como se aprecia el Figura 58, el Perú viene creciendo a un ritmo sostenible, con un crecimiento promedio del 6.4% en los últimos 10 años. El único año en donde se ve un crecimiento atípico es en el 2009, en donde solo se crece el 0.9% con respecto al año anterior (INEI, 2013d). De la misma manera se espera que el Perú lidere el crecimiento regional en el 2014.

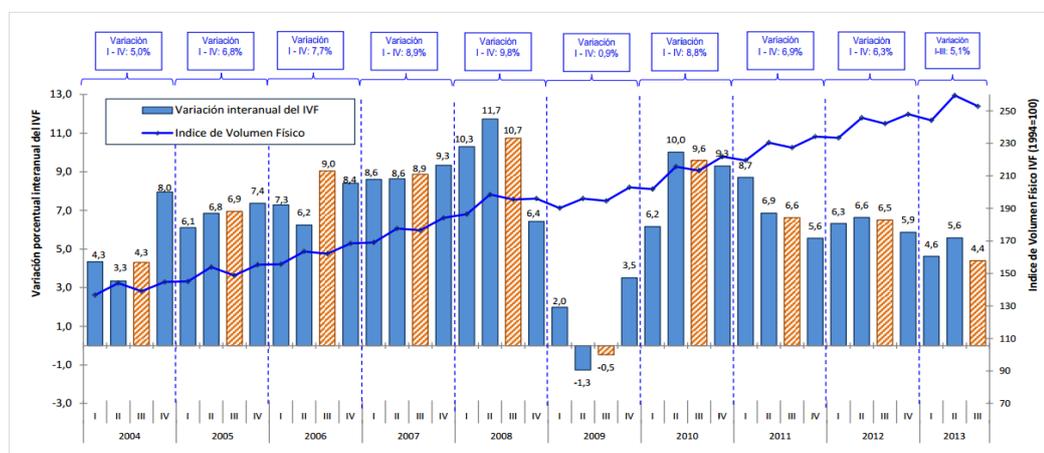


Figura 58. Evolución del PBI en Perú, 2004 - 2013

Tomado de "Comportamiento de la Economía Peruana en el Tercer Trimestre de 2013", por INEI, 2013. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/1-pbi-iii-trimestre-2013.pdf>

Según Julio Velarde, presidente del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), “la economía peruana tendrá el mayor crecimiento en la región en los próximos dos años, impulsada por el gasto privado y un mayor dinamismo de las exportaciones” (Velarde, 2013b, Párr.1); Asimismo, indicó que la proyección de crecimiento del PBI para los años 2014 y 2015 serían de 6% y 6.5% respectivamente (BCRP, 2013b), según la Tabla 18 en unidades monetarias y Figura 59 en porcentajes.

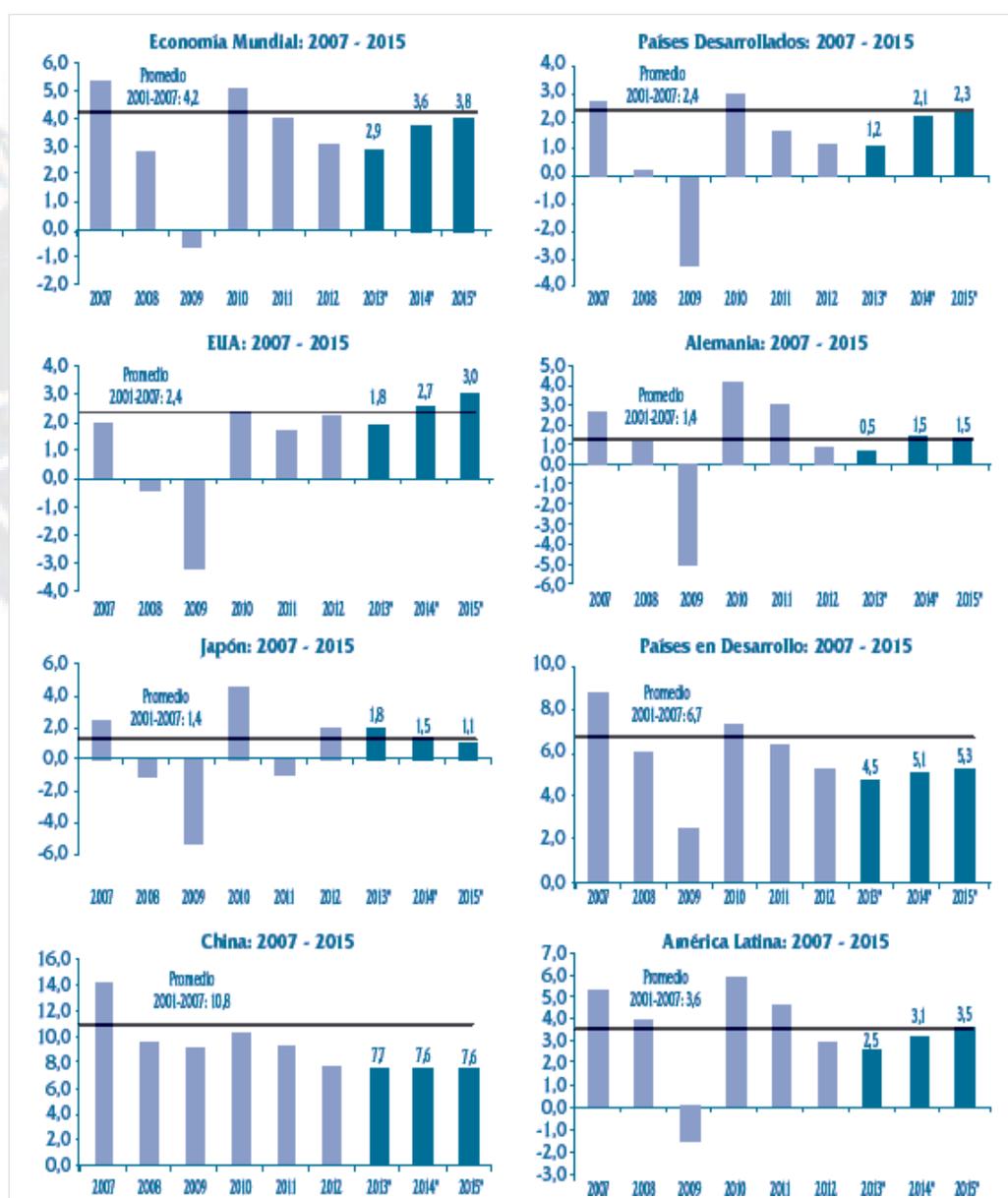


Figura 59. Evolución del PBI en las principales regiones del mundo, 2007 - 2015
Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2013-2015”, por BCRP, 2013b. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2013/diciembre/reportes-de-inflacion-diciembre-2013.pdf>

Tabla 18

Producto Bruto Interno del Perú, 1998-2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Demanda Interna	131	136	143	158	177	199	193	218	234	251
a. Consumo privado	95	98	103	109	119	129	132	140	149	158
b. Consumo público	12	12	14	15	15	16	18	20	21	23
c. Inversión bruta interna	24	25	27	34	43	54	43	58	64	70
Inversión bruta fija	23	25	28	33	41	52	47	58	61	70
- Privada	19	21	23	28	35	43	37	45	50	57
- Pública	4	4	4	5	6	8	10	13	11	13
Variación de existencias	1	0	-1	1	2	2	-4	0	3	1
2. Exportaciones	24	28	33	33	35	38	37	37	40	43
4. Importaciones	22	25	27	31	37	45	37	45	50	55
3. Producto Bruto Interno	133	139	149	160	174	192	193	210	224	239

Nota. Valores expresados en Mil Millones de Nuevos Soles de 1994. Adaptado de Producto Bruto Interno desde 1950-2012 (Millones de nuevos soles a precios de 1994). Fuente INEI/BCRP. Tomado de "Producto Bruto Interno desde 1950" BCRP, 2013. Recuperado de http://www.bcrp.gob.pe/docs/Estadisticas/Cuadros-Anuales/ACuadro_03.xls

Tabla 19

*Tasas de variación del PBI total en América Latina, 2010-2013**Tasas de variación del PBI total en América Latina, 2010-2013*

País	2010	2011	2012	2013 a
Argentina	9,2	8,9	1,9	3,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	4,1	5,2	5,2	5,5
Brasil	6,9	2,7	0,9	2,5
Chile	5,8	5,9	5,6	4,6
Colombia	4,0	6,6	4,0	4,0
Costa Rica	5,0	4,4	5,1	3,0
Cuba	2,4	2,8	3,0	3,0
Ecuador	2,8	7,4	5,0	3,8
El Salvador	1,4	2,0	1,6	2,0
Guatemala	2,9	4,2	3,0	3,0
Haití	-5,4	5,6	2,8	3,5
Honduras	3,7	3,7	3,3	3,0
México	5,3	3,9	3,9	2,8
Nicaragua	3,6	5,4	5,2	5,0
Panamá	7,5	10,8	10,7	7,5
Paraguay	13,1	4,3	-1,2	12,5
Perú	8,8	6,9	6,3	5,9
República Dominicana	7,8	4,5	3,9	3,0
Uruguay	8,9	6,5	3,9	3,8
Venezuela (República Bolivariana de)	-1,5	4,2	5,6	1,0
Subtotal de América Latina	5,7	4,4	3,0	3,0

Nota. a/ Proyecciones. Tomado de "Panorama social de América Latina", por Naciones Unidas, 2011. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/50484/EstudioEconomico2013completo.pdf>

De la misma manera, con respecto al crecimiento internacional, el Perú viene respetando un crecimiento promedio en comparación a otros países. En la Tabla 19 se puede apreciar que el crecimiento promedio del PBI de América Latina en los últimos cuatro años (2010-2013) es de 4%. Si bien es cierto que en los últimos dos años el crecimiento del PBI promedio de América Latina se desaceleró, el crecimiento del PBI del Perú viene siendo mucho mayor al promedio regional, tal es así que en el 2012 resultó en 6.3%, frente al crecimiento promedio de la región de tan sólo 3%, demostrando que el Perú es uno de los países que más viene creciendo en la región latinoamericana (Naciones Unidas, 2013).

Con respecto a la inflación, en agosto del 2013 esta se encontraba en un 3.28%, por encima de las metas establecidas, pero ya en noviembre del 2013 el ratio de inflación se encontraba en un 2.96%, estando dentro de su meta de la política monetaria (BCRP, 2013b). Esto en parte, debido a desde setiembre empezaron a desaparecer la confrontación de oferta interna que habían tenido un impacto en la evolución de los precios. Así mismo, el alza del tipo de cambio también tuvo efectos rezagados sobre la inflación. En la Figura 60 se aprecia la evolución de la inflación real versus meta de los inicios de los últimos 11 años.

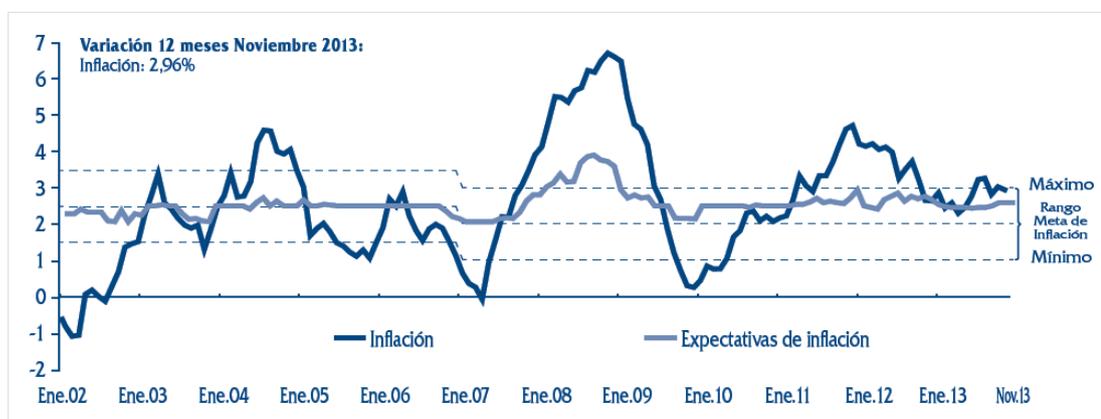


Figura 60. Reporte de Inflación Real vs Expectativas de Inflación
Tomado de "Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2013-2015", por BCRP, 2013b. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2013/diciembre/reportes-de-inflacion-diciembre-2013.pdf>

Tabla 20

Expectativas de Inflación del Perú, 2013

Sistema Financiero	Expectativas de Inflación del Período:		
	RI Jun.13	RI Set.13	RI Dic.13*
2013	2,5	2,8	3,0
2014	2,5	2,5	2,6
2015	2,5	2,5	2,6
Analistas Económicos			
2013	2,5	2,7	3,0
2014	2,4	2,5	2,6
2015	2,3	2,4	2,5
Empresas No Financieras			
2013	2,7	3,0	3,0
2014	2,8	3,0	3,0
2015	2,8	3,0	3,0

Nota. Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2013-2015”, por BCRP, 2013b. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2013/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2013.pdf>

Cabe resaltar también que las expectativas de inflación de los agentes económicos, según la encuesta realizada por el BCRP, mantienen el indicador de inflación dentro de las metas presupuestadas para el 2013 (BCRP, 2013b), según la Tabla 20 y la Figura 61 sobre expectativas de inflación.

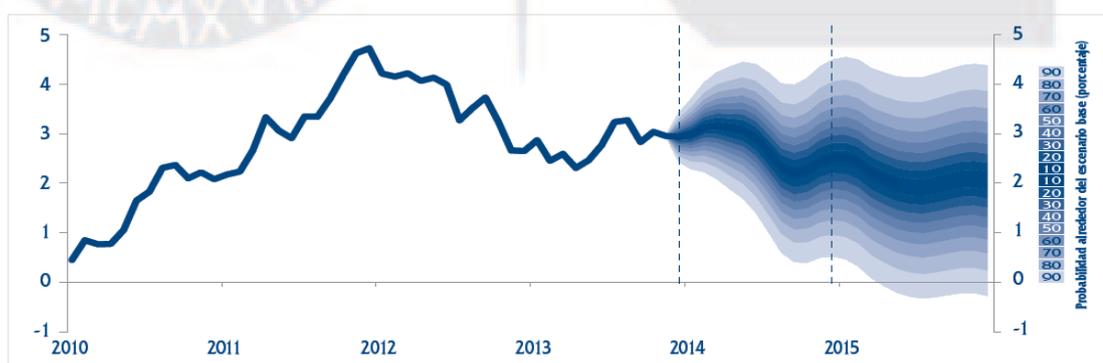


Figura 61. Expectativas de Inflación 2014-2015

Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2013-2015”, por BCRP, 2013b. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2013/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2013.pdf>

Dentro de la política monetaria, en Noviembre del 2013, el BCRP decidió reducir la tasa de interés de referencia de 4.25%, que se mantuvo desde el 2011, a 4.0%; esto debido fundamentalmente a que el ritmo de crecimiento de la actividad

económica se encuentra por debajo del esperado y que las expectativas de inflación se mantienen en su rango meta (BCRP, 2013b). Estos cambios se expresan en la evolución de la tasa de intereses referencial, como se ve en la Figura 62.

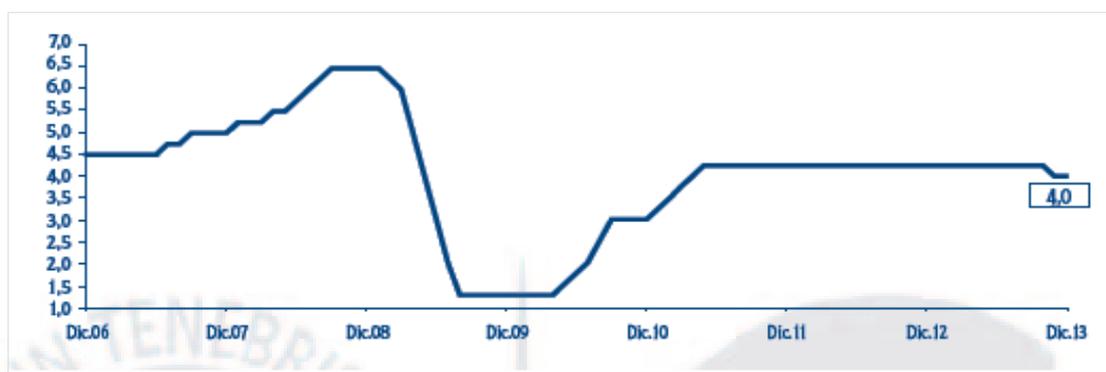


Figura 62. Evolución Tasa de Interés, 2006 - 2013

Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2013-2015”, por BCRP, 2013b. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2013/diciembre/reportede-inflacion-diciembre-2013.pdf>

Finalmente, el Perú viene mostrando indicadores macroeconómicos muy interesantes que demuestran el desarrollo del país, lo cual es muy atractivo para las inversiones foráneas y pone al país como nuevo *hub*, entiéndase como centralizador, en la región para la llegada de las industrias más desarrolladas a nivel mundial, esto sin duda dará un empuje importante al crecimiento económico y social del país, además impulsará la competencia interna y externa de las industrias, logrando así que el país se vuelva cada vez más competitivo.

Tal es así, que por ejemplo, como resultado de este crecimiento interno, el Perú fue elegido, por sexto año consecutivo, como el país que ofrece mejor entorno de negocios para las micro finanzas. Según la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), “El Perú lidera esta clasificación global de 55 países emergentes por mostrar un entorno regulatorio muy adecuado, un mercado competitivo e innovador y el mayor avance en las medidas de protección de los clientes” (SBS, 2013).

3.3.3. Fuerzas sociales, culturales y demográficas (S)

Se ha estimado que para el año 2014, el Perú tendrá cerca de 31 millones de habitantes de los cuales aproximadamente la mitad serán hombres y la otra mitad mujeres. Asimismo, pronostica que el Perú tendrá una población de casi 36 millones de habitantes para el 2025 y de 40 millones para el 2040 (INEI, 2001). Según la Figura 26, la distribución de la población del Perú por región en el 2013 sigue concentrando en Lima la mayor cantidad de habitantes teniendo más del 30% de la población, seguido muy de lejos por las regiones de la libertad, Piura y Cajamarca y Puno, que entre las 4, tienen otro 20% de la población del país (OIT, 2013). En la Figura 63 se aprecia la distribución acumulada de la población por departamento.

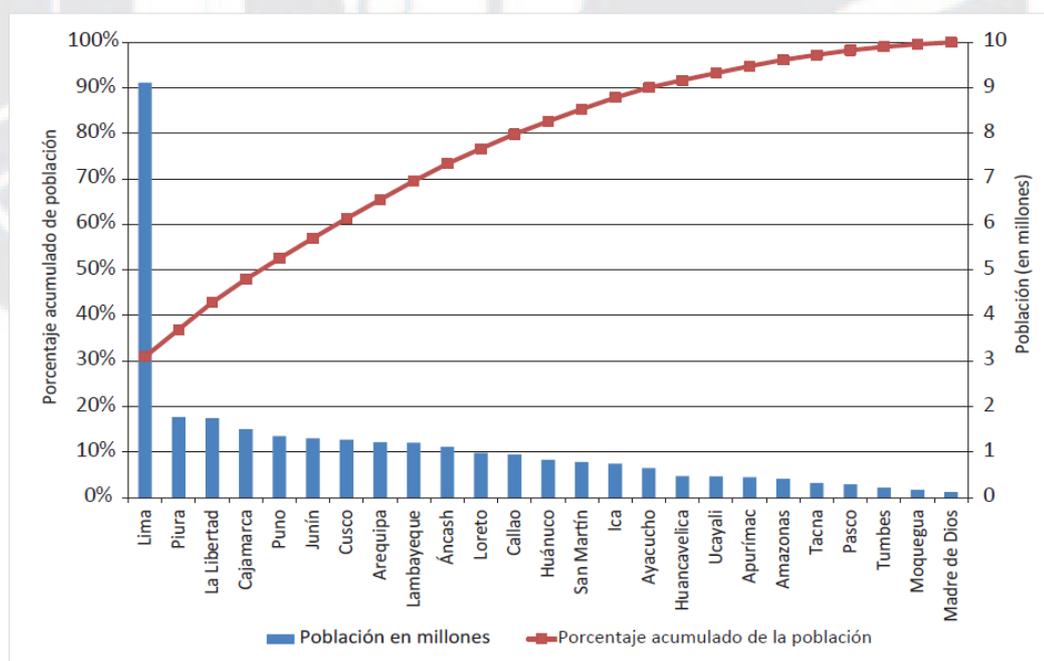


Figura 63. Distribución de la Población por departamentos del Perú, 2013
Tomado de "El Sistema de Salud del Perú" por OIT, 2013. Recuperado de:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Al revisar el análisis demográfico histórico del Perú, se encuentra que hoy en día el Perú vive una situación única, ya que la mayoría de su población forma parte del bono demográfico, que se da cuando la población en edad de trabajar es mayor a

la dependiente generando así un país más productivo, teniendo un impacto directo en la economía del país. Se estima que la distribución de la población por edades para el 2025 tendrá cerca de un 67% de la población con edades entre los 15 y 64 años, según la Figura 30 (INEI, 2001).

En la Figura 64 se puede apreciar cómo se reduce la dependencia juvenil con el transcurrir de los años en favor del bono demográfico, de la misma manera se ve que crece la dependencia de adultos mayores, la cual no es significativa aun para la situación general demográfica.

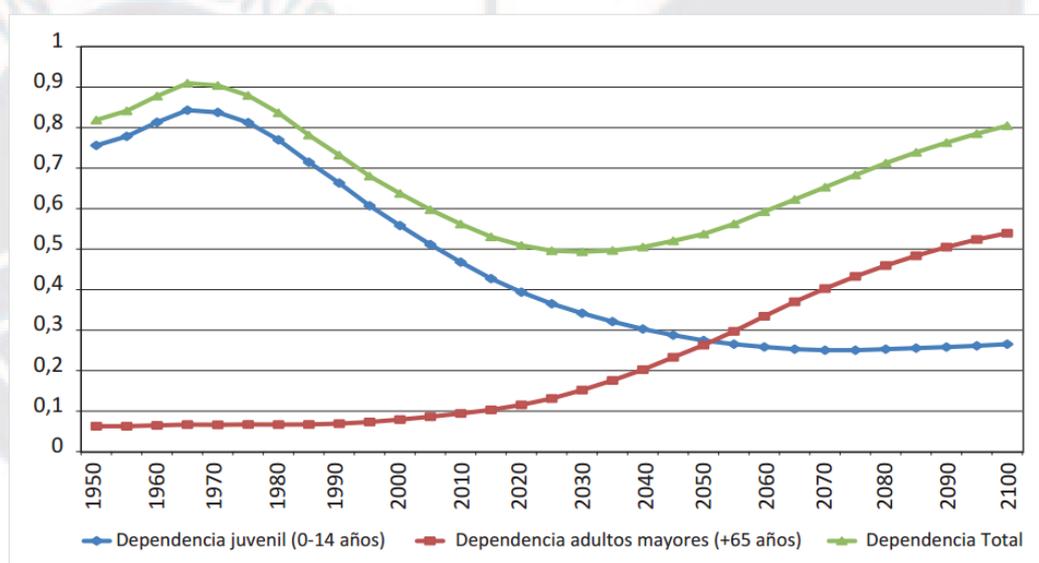


Figura 64. Evolución de la Tasa de Dependencia Poblacional, 1950-2100

Fuente CELADE, Tomado de “El Sistema de Salud del Perú” por OIT, 2013. Recuperado de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

Otro factor demográfico importante es la transición poblacional que viene ocurriendo por área en el país. Según el INEI (2001) en el año 1972, el 45% de la población se encontraba en un área rural a diferencia del 2007 en el cual la población perteneciente al área rural solo era del 24%. Este ratio casi se redujo un 50%, lo cual marca de alguna manera la explosión del crecimiento en zonas urbanas, especialmente Lima, y la probable migración que harían los habitantes de zonas rurales a zonas más urbanizadas.

El acceso a los servicios básicos sigue siendo una limitante y causante de los problemas de Salud. Solamente el 80% de la población tiene acceso a agua por red pública, cerca del 85% tiene acceso a desagüe y un 85% tiene acceso a luz eléctrica (INEI, 2013b). Estos indicadores se ven aún más agudizados al revisar la descomposición por ámbito urbano/rural del país. Teniendo una gran diferencia entre la llegada a accesos básicos, como son luz, agua y desagüe, por parte de las áreas rurales en comparación a las áreas urbanas, como se aprecia en la Figura 38.

Según información del INEI (2001), la tasa de mortalidad bruta bajo de un 6.07% en el año 1995 a un 5.32% en el 2012, como se muestra en la Figura 35. Según el MINSA, las enfermedades transmisibles siguen siendo las principales causas de muerte en el País. Las infecciones respiratorias y la septicemia fueron las principales enfermedades que mayor mortalidad causaron, tal como se muestra en la Figura 32, pero es importante recalcar que entre 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles pasaron de ser causantes del 47,0% del total de las muertes del país, a ser el 26,0% (INEI, 2013b).

Otro indicador social importante es la esperanza de vida al nacer la cual mantiene sus promedios más altos en los departamentos de Lima, Callao, Ica y Arequipa. El indicador en promedio creció 29 años desde 1950 hasta la actualidad, pasando de 44 a 73 años en el 2010. Así mismo se aprecia también que existe una enorme desigualdad de la esperanza de vida en el interior del país generado también por las brechas económicas y sociales del país, según Figura 27.

3.3.4. Fuerzas Tecnológicas y Científicas (T)

En lo referente a Investigación y Desarrollo, el gobierno creó el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC) en el año 1968 con el objetivo de fomentar y gestionar las acciones de ciencia y tecnología del

Gobierno Peruano. El CONCYTEC también tiene como responsabilidad el alineamiento de todas las entidades y recursos involucrados en el desarrollo de ciencia tecnología e innovación. Así mismo, el CONCYTEC es el organismo rector del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación Tecnológica (SINACYT) y está regido por la Ley de Marco de Ciencia y Tecnología Nro. 28303, la cual tiene por objeto “normar el desarrollo, promoción, consolidación, difusión y transparencia de la Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CTel) en el país. Define las atribuciones, alcances y medios de la acción del Estado en este ámbito” (Congreso de la República del Perú, 2007) .

Como parte de su rol de difusión el CONCYTEC promueve el Concurso Nacional de Proyectos, divididos en tres tipos: Proyectos de Investigación en Ciencia y Tecnología (PROCYT), Proyectos de Innovación Tecnológica para la Competitividad (PROCOM) y Proyectos de Transferencia y Extensión Tecnológica (PROTEC). Este concurso es convocado anualmente a nivel regional y los mejores proyectos pueden llegar a ser subvencionados por el Estado de acuerdo a las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica y aprobadas por la Presidencia del CONCYTEC.

Actualmente el Perú solo invierte el 0.15% del PBI en investigación y desarrollo, que es alrededor de \$380 millones, este ratio en comparación a otros países es realmente bajo según la Cámara de Comercio de Lima. Brasil invierte el 1.09%, Chile el 0.39% y México el 0.37%. Así mismo, menciona también que el principal problema para la inversión es la falta de incentivos y comunicación (CCL, 2012). Por otro lado, al comparar al Perú con el resto de la región y las principales economías del mundo, se puede percibir que a pesar del crecimiento del PBI, la inversión en ciencia y tecnología es aun mínima (RICYT, 2013), según la Figura 65.

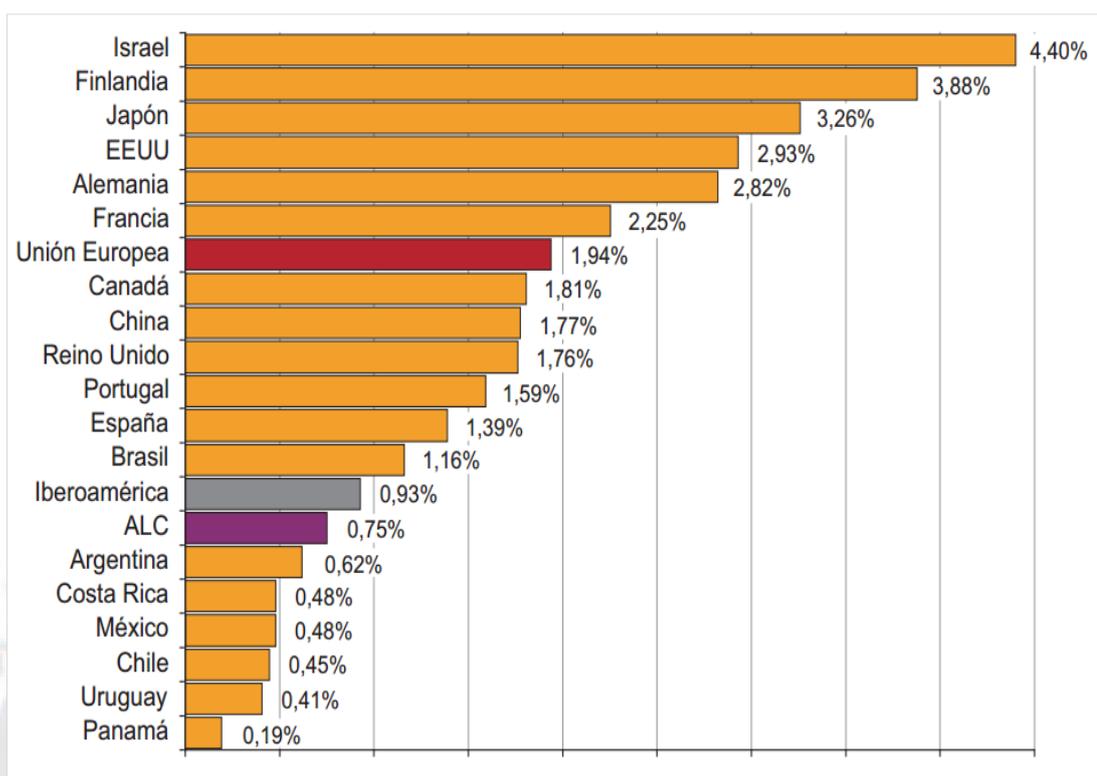


Figura 65. Estado de la Ciencia en Imágenes

Tomado de “Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología”, por RICYT, 2013. Recuperado de http://www.ricyt.org/files/1_1_Estado_de_la_Ciencia_en_imagenes%282%29.pdf

Otro de los organismos encargados de apoyar el uso de las tecnologías de información es la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática (ONGEI) que se encarga de liderar los proyectos en tecnologías de información que el Estado realiza. Como parte de sus funciones es responsable además de controlar normatividad informática y velar por la seguridad de la información, así mismo administra los diversos portales del Estado, como el Portal del Estado Peruano (PEP), el Portal de Servicios al Ciudadano y Empresas (PSCE) entre otros.

En la Tabla 21 se visualiza otro indicador importante, que es el grado de penetración en internet que hay en el Perú. En promedio el 38.2% de los peruanos puede acceder a internet de los cuales, la mayor parte de este acceso viene a través de Lima y Callao. Existe un reto importante que es el de llevar el acceso a Internet hacia el interior del país (INEI, 2013f).

Tabla 21

Población peruana que accede a internet, 2007-2012.

Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lima Metropolitana 1/	45.8	46.0	50.3	50.4	53.0	57.0
Resto País	24.6	25.2	26.5	27.7	28.3	29.6
Área de residencia						
Urbana	40.1	40.2	42.8	43.5	44.9	47.3
Rural	7.4	8.5	9.2	9.9	10.0	10.4
Región natural						
Costa	39.7	39.6	42.7	43.3	45.5	48.8
Sierra	22.4	23.5	24.6	25.9	26.6	27.1
Selva	17.4	19.3	20.2	21.5	20.2	21.1
Departamento						
Amazonas	13.8	15.3	16.9	16.4	15.8	18.2
Ancash	25.7	25.0	27.5	30.0	32.1	33.1
Apurímac	18.3	19.2	18.5	18.6	20.4	22.4
Arequipa	38.8	41.5	41.5	43.7	42.8	45.0
Ayacucho	18.9	19.1	20.9	21.7	23.3	23.9
Cajamarca	14.3	16.7	17.9	20.5	18.3	17.6
Callao	40.5	42.7	48.9	47.3	46.6	52.7
Cusco	27.1	25.2	27.7	28.3	29.6	31.8
Huancavelica	12.1	16.5	15.3	16.9	18.1	17.1
Huánuco	16.9	18.9	17.3	18.7	18.8	19.9
Ica	33.9	34.0	37.1	33.7	37.0	41.0
Junín	31.0	31.3	36.6	36.4	37.0	34.7
La Libertad	30.2	29.2	27.6	31.5	33.3	36.8
Lambayeque	27.0	27.3	28.9	28.8	28.3	29.0
Lima	44.7	44.6	48.7	49.0	51.9	55.6
Loreto	12.1	14.4	16.6	17.4	15.8	17.6
Madre de Dios	20.5	20.4	24.6	26.1	26.8	32.1
Moquegua	33.6	34.3	38.8	40.6	40.6	44.3
Pasco	29.5	27.8	30.1	32.2	29.5	29.4
Piura	21.3	21.6	21.9	22.3	26.0	26.3
Puno	22.9	23.6	24.3	25.9	26.9	28.0
San Martín	18.4	22.4	20.4	22.6	22.1	22.8
Tacna	39.8	43.7	45.1	46.5	45.3	46.6
Tumbes	29.5	25.9	27.3	29.6	30.4	35.9
Ucayali	25.1	25.8	26.6	26.4	26.0	25.0
Lima y Callao 2/	44.3	44.4	48.7	48.9	51.4	55.3
Lima Provincias 3/	29.6	28.4	33.0	32.9	34.7	37.6

Nota. Porcentaje del total de población de 6 y más años de edad. Tomado de “Estadísticas: Tecnologías De La Información y Comunicación” por INEI, 2013f. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/Cap11008.xls>

3.3.5. Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

El Ministerio del Ambiente (MINAM) es la autoridad encargada de controlar la protección ambiental, el manejo sostenible de los recursos y la conservación de especies y sistemas. La gestión ambiental que es controlada por el MINAM tiene como principales ejes estratégicos de acción los siguientes: la mejora de la calidad de vida, tener un Estado soberano y garante de derechos, acompañar el uso correcto de los recursos naturales y velar por tener un patrimonio natural saludable (integridad de los ecosistemas). El MINAM se encarga de ejecutar la Política Nacional del Ambiente, la cual se basa en la Ley General del Ambiente Nro. 28611.

Esta ley, es la norma ordenadora del marco normativo legal para la gestión ambiental en el Perú. Establece los principios y normas básicas para asegurar el efectivo ejercicio del derecho a un ambiente saludable, equilibrado y adecuado para el pleno desarrollo de la vida, así como el cumplimiento del deber de contribuir a una efectiva gestión ambiental y de proteger el ambiente, así como sus componentes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población y lograr el desarrollo sostenible del país (Ley 28611, 2005). Antonio Brack explicó con mucha precisión los sustentos de la Política Nacional del Ambiente:

El Perú es uno de los 15 países con mayor diversidad biológica del mundo, por su gran variedad genética, especies de flora y fauna y ecosistemas continentales y marítimos. Con alrededor de 25,000 especies de flora, es el quinto país en número de especies (10% del total mundial), de los cuales 30% son endémicas; posee numerosas plantas de propiedades conocidas y utilizadas (4400 especies); posee numerosas especies domesticadas nativas (182), es el segundo en especies de aves (1816 especies), y es tercero en especies de anfibios (408 especies) y mamíferos (462). Asimismo, cuenta con

cerca de 2000 especies de peces (10%) del total mundial y con 36 de las 83 especies de cetáceos en el mundo; y es considerado centro de origen por su diversidad genética. Posee 11 ecorregiones, 28 de los 32 tipos de clima y 84 de las 117 zonas de vida del mundo... La calidad ambiental ha sido afectada por el desarrollo de actividades extractivas, productivas y de servicios sin medidas adecuadas de manejo ambiental, una limitada ciudadanía ambiental y otras acciones que se reflejan en la contaminación del agua, del aire y del suelo. El deterioro de la calidad del agua es uno de los problemas más graves del país. Entre sus principales causas están los vertimientos industriales y domésticos sin tratamiento (el 70% de los vertimientos domésticos no son tratados y sólo en Lima se vierten al menos 400 millones de m³/anuales de aguas servidas al mar), así como el uso indiscriminado de agroquímicos, el de insumos químicos en la producción de drogas ilegales y en la minería informal. La contaminación del aire también presenta retos importantes, sobre todo en los lugares con alta concentración del parque automotor e industrias fuertemente impactantes. En las zonas rurales existen serios problemas de contaminación intradomiciliaria, sobre todo por las prácticas inadecuadas en el uso de la leña, la bosta y otros combustibles. Se estima que el 81% de residuos sólidos no son conducidos a rellenos sanitarios. En Lima se cuenta con cinco rellenos sanitarios y seis en el resto del país, además de numerosos botaderos informales. Otros problemas relevantes, son el inadecuado manejo de los residuos peligrosos industriales y urbanos y la existencia de un gran número de pasivos ambientales. (MINAM, 2012, pp.4-5)

En este sentido, existe mucha oportunidad para el desarrollo de industrias como la agricultura, pesquería, minería o el turismo, pero a pesar de esto, el deterioro

de los recursos así como la calidad ambiental son temas importantes de preocupación en el país. En efecto, uno de los avances más importantes que se ha realizado con respecto al medio ambiente es conseguir ser la sede de la 20ª Conferencia del Convenio Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático (COP 20), que se llevara a cabo en diciembre del 2014, la reunión que tiene como objetivo lograr un acuerdo para la reducción de gases de efecto invernadero y pone al país como un referente en el sector e internamente obliga al Estado a desarrollar un plan más activo.

Por otro lado, la lucha contra la minera informal e ilegal sigue avanzando, pero esto no solamente depende del MINAM. Para reducir este problema es necesaria la intervención de otros organismos estatales como la SUNAT que controlan algunos insumos como el mercurio y el cianuro. Con respecto al medio ambiente y al papel de los pueblos y sociedades con respecto a las acciones del gobierno y de las empresas privadas, el Perú se encuentra en el puesto Nro. 34 de la lista de 46 “países con alto riesgo para el año 2014”, debido al malestar de sus poblaciones. El Perú se encuentra en la misma lista que países como Brasil y México, en cambio Argentina, Venezuela y Bolivia aparecen en el grupo de países con muy alto riesgo (The Economist, 2013).

La causa principal de estas diferencias en el Perú se debe principalmente a la gran brecha social que hay en el territorio nacional, la poca comunicación que hay con respecto a los proyectos de inversión extranjera que se desarrollan en el interior del país y el pobre papel que actualmente el Estado ejerce como regulador y ente moderador entre los diferentes involucrados que de alguna manera se ven afectados o favorecidos por concesiones o proyectos que se realicen en el territorio nacional.

En el Perú, según indica la Defensoría del Pueblo:

En noviembre se reportaron 221 conflictos sociales a nivel nacional, de los cuales 174 se encontraban activos y los 47 restantes en estado latente. El

informe advirtió que los conflictos socio ambientales son los que registran un alto número, con 143 casos, siendo la minería la actividad más vinculada a la conflictividad. (The Economist, 2013, Párr.10-11).

3.4. Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)

La Tabla 22 resalta como factor determinante de éxito de peso, el crecimiento económico sostenible, amparados en el bono demográfico, el cual trae como consecuencia el cierre de alianzas y tratados comerciales con otros países y sustentados en la seguridad jurídica. Estos aspectos derivan en un mercado abierto que genera competitividad y opciones de provisión e inversión. Sin embargo, la falta de infraestructura, la poca inversión en educación y salud con respecto al PBI, la desigualdad social de nuestra región y la corrupción son amenazas que afectan la evaluación del Perú. El resultado de la MEFE de 2.38 puntos indica que el Perú aún no logra aprovechar sus oportunidades y falta de respuesta adecuada a las amenazas.

Tabla 22 *Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)*

Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)

Factores Determinantes de Éxito		Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades				
1	Crecimiento Económico Sostenible del País	0.12	3	0.36
2	Bono Demográfico del Perú	0.06	3	0.18
3	Alianzas y Tratados de Libre Comercio Internacional	0.04	3	0.12
4	Eficiente Seguridad Jurídica	0.04	3	0.12
5	Planes Descentralización de Principales Servicios y Recursos	0.04	3	0.12
6	Planes de Inclusión Social	0.08	2	0.16
7	Incremento Demanda de la Salud	0.10	3	0.30
8	Mercado abierto a inversiones extranjeras	0.04	3	0.12
9	Crecimiento de la clase media en el país	0.04	4	0.16
Subtotal		0.56		1.64
Amenazas				
1	Conflictos Socio Ambientales en el País	0.04	2	0.08
2	Conflictos Territoriales con Países Fronterizos	0.02	3	0.06
3	Terrorismo, Narcotráfico y Contrabando	0.08	3	0.24
4	Desigualdad Social en el Perú	0.10	2	0.20
5	Bajo Nivel de Inversión en Investigación, innovación y Desarrollo	0.02	1	0.02
6	Bajo Nivel de Inversión en Salud (con respecto PBI)	0.08	1	0.08
7	Demanda Nacional de Salud Insatisfecha	0.10	1	0.10
Subtotal		0.44		0.40
		1.00		2.04

Nota: Valor 4 Responde Muy Bien, 3 Responde Bien, 2 Responde Promedio y 1 Responde Mal.

3.5. El Sector Salud y sus Competidores

Para que exista una industria, según D'Alessio (2013) deben existir tres condiciones: (a) que por lo menos exista dos o más organizaciones; (b) que produzcan los mismos productos, bienes o servicios; y (c) que estos compitan. En el presente análisis se considera a la organización como todo el sistema de salud del Perú, incluyendo el sector público a cargo del Estado y el sector privado a cargo de empresas con fines de lucro y organizaciones sin fines de lucro. Teniendo en cuenta el Sector Salud del Perú como organización, este cumple con los tres requisitos mencionados ya que: (a) existe países que cuentan con el sistema de salud; (b) producen los mismo servicios a diferente escala y con diferente nivel de calidad y; (c) definitivamente compiten al buscar dar la mayor calidad posible.

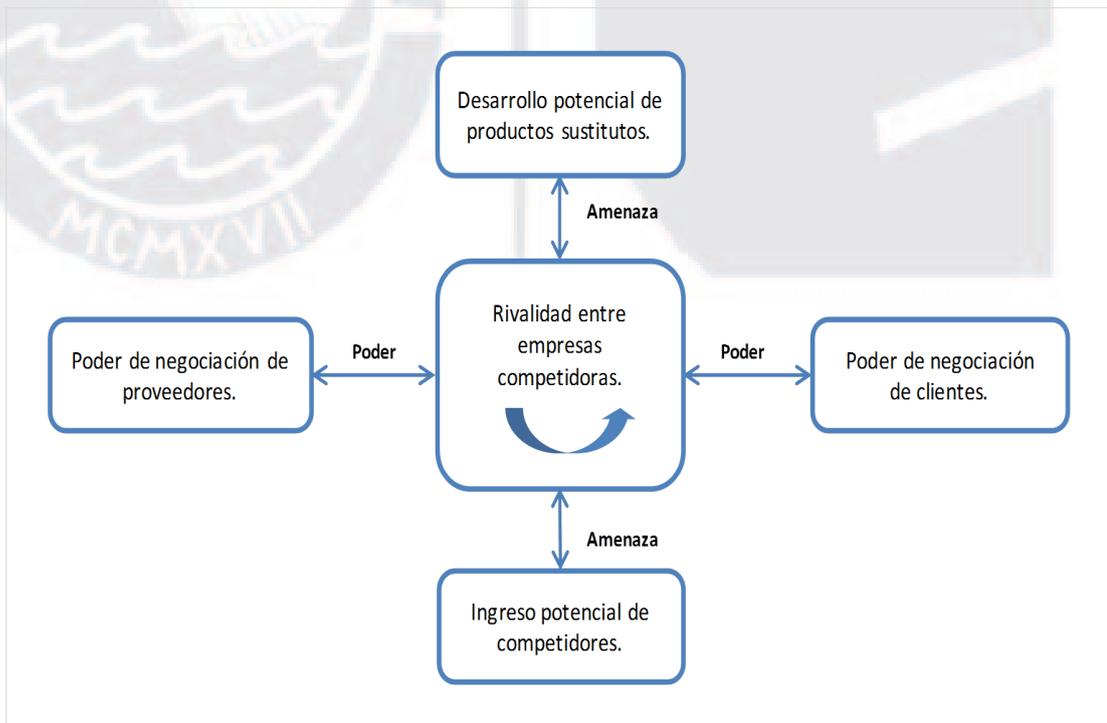


Figura 66. Modelo de las cinco fuerzas competitivas de Porter.

Adaptado de "Estrategia competitiva: Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia" por Porter, 2000, México D.F., México: Continental

3.5.1. Poder de negociación de los proveedores

Proveedor de servicios médicos (personas que ejecutan el servicio): Al año 2010, según reporte del MINSA, se tiene una oferta de médicos especialistas de 6,074, siendo la demanda al mismo año por 11,738 médicos especialistas. En conclusión un déficit de 5,664 médicos como se puede apreciar en la Tabla 23. Al tomar en cuenta el avance de la infraestructura y el desarrollo económico actual del Perú, se devela que la situación en lo que respecta a cubrir la demanda de médicos no ha ido en este mismo ritmo. Este escenario empeora al tomar en cuenta la migración de especialistas a otros países con mejores oportunidades que las que puede ofrecer el Perú (MINSA, 2010a).

Tabla 23 Necesidad de médicos especialistas según perfil epidemiológico, 2010

Especialidades	Oferta de Médicos Especialistas	Demanda según Perfil Epidemiológico	Brecha	%
Clínicas	3,738	8,055	-4,317	76.2%
Quirúrgicas	2,019	3,253	-1,234	21.8%
De Apoyo	295	430	-135	2.4%
De Salud Pública	22	0	22	-0.4%
Total	6,074	11,738	-5,664	100.0%

Nota. Estadísticas a nivel nacional. Adaptado de “Necesidades de Médicos Especialistas en Establecimientos de Salud del Sector Salud”, por MINSA, 2010a. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1613.pdf>

Asimismo, la falta de descentralización así como el continuo crecimiento de Lima Metropolitana arroja un resultado necesario de tomar en cuenta en las acciones a proponer, ya que luego de Lima Metropolitana, otra región que tiene una gran brecha es La Libertad, uno de los departamentos más pobres de Lima, según la Tabla 24.

Tabla 24

Necesidad de médicos especialistas según regiones, 2010

Región	Brecha según Perfil Epidemiológico
Huancavelica	-43
Pasco	-44
Tumbes	-52
Madre de dios	-71
Moquegua	-71
Tacna	-88
Apurímac	-106
Amazonas	-124
Ucayali	-148
Ica	-154
Huánuco	-159
Lambayeque	-172
San Martín	-213
Callao	-222
Ayacucho	-226
Junín	-227
Ancash	-299
Cajamarca	-332
Loreto	-361
Arequipa	-368
Puno	-388
Cusco	-391
Piura	-413
Lima provincias	-426
La libertad	-567
Lima metropolitana	-1367

Nota. Adaptado de “Necesidades de Médicos Especialistas en Establecimientos de Salud del Sector Salud”, por MINSA, 2010a. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1613.pdf>.

Dentro de este análisis también es importante comparar la situación actual de Perú con respecto a otros países, según los datos del Banco Mundial, para el año 2010, Argentina contaba con 3.2 médicos por cada 1,000 habitantes, así también Ecuador tenía un nivel de 1.7 mientras que el Perú para el mismo año contaba con 0.9 médicos por cada 1,000 habitantes. Países como Suiza o Noruega con un modelo de sistema de salud coberturado al 100% cuentan con un promedio de más de cuatro médicos por cada 1,000 habitantes.

Basado en esta información y considerando la teoría básica de la economía de mercado, se comprende que cuando la demanda supera la oferta, esta última tiene la posición ventajosa frente a una negociación. Esto se puede ver reflejado en la huelga que paralizó los servicios médicos por casi un mes, Julio a Agosto 2013, donde los médicos pidieron un rescate financiero y sanitario del sector, que incluye también el incremento de sueldos, como resultado se dejó de atender a más de medio millón de consultas. (FMP, 2012). Este tipo de situaciones pone de manifiesto la alta sensibilidad del sector al poder de negociación del gremio médico, que carece de un programa de incentivos que haga atractivo este sector y se vea reflejado en la búsqueda de otras opciones por el ofertante, a pesar de la brecha existente.

Poder de las farmacias: Un factor importante a resaltar como poder de negociación es que, el 81% de las ventas de medicamentos está concentrado en solo 3 cadenas farmacéuticas: Intercorp, Quicorp y Arcángel; esto genera una práctica muy usada en Latinoamérica que es la venta de genéricos con su propia marca (ALAFARPE, 2013), limitando el poder de elección del consumidor y generando un sobre costo como se aprecia en la Figura 67 y Figura 68.

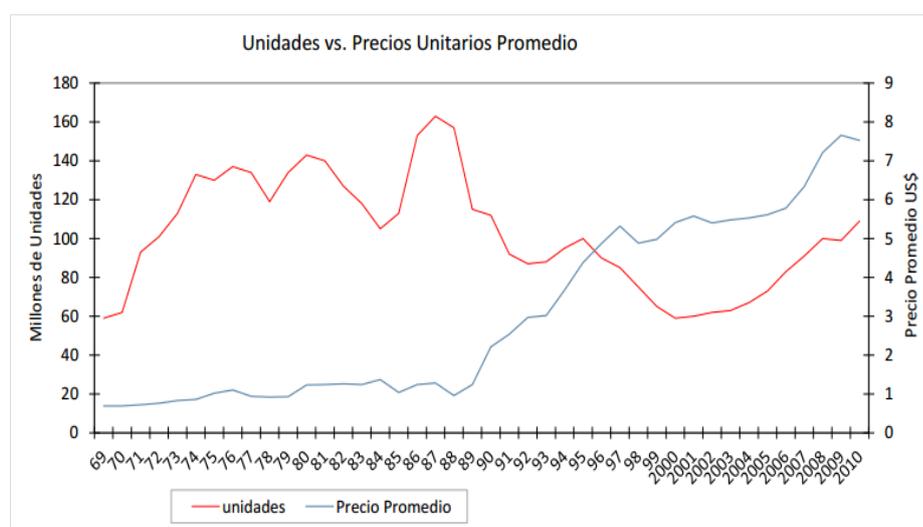


Figura 67. Mercado farmacéutico peruano (Precios Promedio vs. Unidades), 1969- 2010. Adaptado de “Mercado farmacéutico y acceso a medicamentos en el Perú” por MINSa, 2013d. Recuperado de http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Mercado_farmaceutico-acceso_medicamentos-Peru.pdf

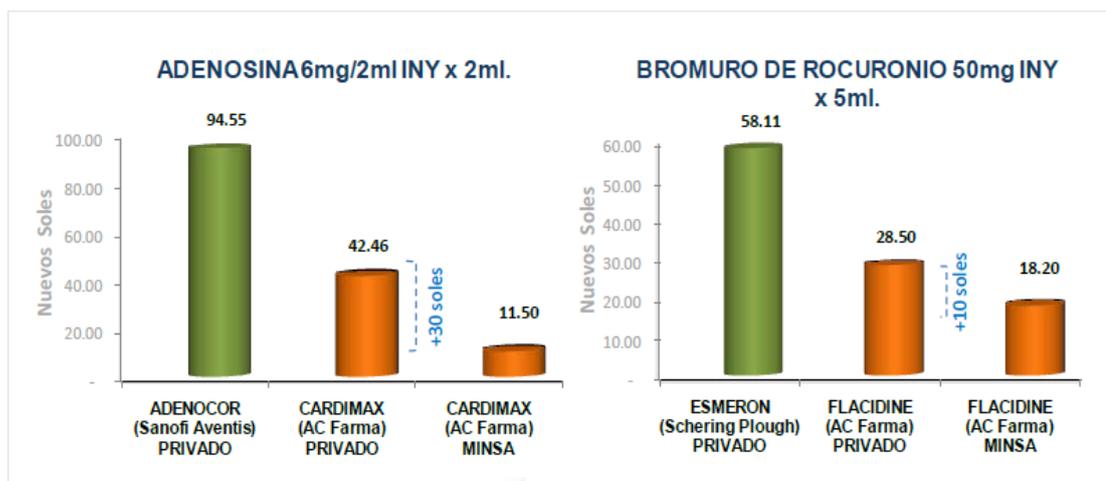


Figura 68. Unidades Diferencias de precios por sectores Privado
 Tomado de "Situación de los medicamentos en el Perú" por DIGEMID, 2012. Recuperado de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/EURacMed/TrabSalud/ReuTec/RTM_Mayo2012/Potencias_01-Situacion_medicamentos_Peru.pdf

Poder de los laboratorios: Entre el año 2011 y 2012 se han vencido más de 20 patentes en el mundo con lo cual se abre mayor posición al mercado de los genéricos. En esta situación es importante analizar al Estado como comprador de medicamentos y la eficiencia que pueda lograr y como traslada esto a los consumidores finales. Actualmente el gasto farmacéutico total en Perú el 2009 fue de aproximadamente S/. 3,764.39 millones de Nuevos Soles. El gasto público en medicamentos representa el 33.86% del gasto total en medicamentos. El gasto privado total en medicamentos es de S/. 2,489.39 millones de Nuevos Soles.

Si bien es cierto, el porcentaje de compra del Estado es importante, se revela, que del total comprado en el 2009 en medicamentos oncológicos, el 56% se concentró en solo tres medicamentos: rituximab, bevacizumab y trastuzumab. Solo para adquirirlos, las entidades del Estado realizaron en el 2009 nada menos que 344 procesos de selección. Estos tres fármacos tienen en el Perú un solo proveedor: la alianza comercial de Roche y Química Suiza. Este tipo de monopolios no permite obtener las mejores condiciones del mercado. (DIGEMID, 2011).

3.5.2. Poder de negociación de los compradores

Los compradores están representados por toda la población peruana que accede a los servicios de salud en el Perú. Es necesario determinar las fuentes de financiamiento disponibles para ejecutar la recaudación que permita ejecutar estos servicios, los cuales son: (a) el gasto de bolsillo que realizan las familias es considerada la principal fuente de financiamiento, sin embargo, esta es directamente relacionada con la capacidad económica de la familia, con lo cual resulta inequitativo, (b) parte de la recaudación tributaria del Estado a través del presupuesto general, el cual se supone debe ser lo más eficiente posible, (c) la posibilidad para que las empresas paguen un seguro social a los empleados, que es basado en la remuneración de estos, (d) una prima de seguro privado de salud que es un valor basado en el programa, esto puede ser pagado por las familias o empresas (e) finalmente un componente cada vez más importante es las donaciones. Si bien es cierto, los compradores de manera individual no representan un poder de negociación fuerte con respecto al sistema de salud, si lo representa el conglomerado generado por las EPS, el cual está concentrado básicamente en dos empresas como lo muestra la Tabla 25, con más del 90% de afiliaciones. Sin embargo, la tendencia de ambas es de dejar de ser ofertantes de servicios con infraestructura de terceros para pasar a ser ofertantes de la misma infraestructura en sí (SUNASA, 2012).

Tabla 25

Afiliaciones por tipo de seguro y EPS, 2012.

Afiliación	Pacífico	Rímac	Colsanitas	Mapfre	Persalud	Sistema de EPS
Sistema de EPS	605,850	550,958	66,239	14,413	4,929	1,242,389
Participación	48.8%	44.3%	5.3%	1.2%	0.4%	100.0%

Nota. Data hasta enero 2012. Fuente: SETIEPS. Adaptado de “Afiliaciones al Sistema”, por SUNASA, 2012. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/estadisticas/1201/afiliacion0.htm>

3.5.3. Amenaza de los sustitutos

Se pueden determinar tres tipos de sustitutos, el primero en mencionar sería las prácticas empíricas [*curandería*] que en el caso peruano es muy arraigado a la tradición como país de chamanes y brujos desde la época incaica. En este sentido la región norte del país concentra la mayor cantidad de oferta de este sustituto, ligado usualmente a la informalidad y con casos de estafa y hasta muerte en plena práctica de esta. Sin embargo, estas prácticas no se encuentran reconocidas como medicina convencional por el Estado Peruano, ni por la OMS.

El siguiente sustituto identificado es conocido como medicina tradicional, conocida también como medicina complementaria o alternativa, la cual es reconocida e incluso promovida por la OMS; este tipo de medicina está caracterizada por el uso de productos naturales y distintas prácticas como “la acupuntura para aliviar el dolor... el yoga es beneficioso para el asma... el tai ji ayuda a las personas ancianas a reducir el miedo a caerse” (OMS, 2002, p.25).

El tercer sustituto, las consultas en farmacias, es el más preocupante.

Respecto a este desarrollo es importante resaltar que este canal ha servido para la atención del público no sólo para la provisión de medicamentos, sino en reemplazo de atenciones médicas que normalmente se harían en un consultorio; es decir, su situación no sólo es la de proveedor, sino de competencia de las entidades proveedoras de servicio de atención médica. Según muestra la Tabla 26, este canal se ha convertido en uno de los más importantes y principales para la atención médica. De este modo, es preocupante el alto porcentaje de atención por parte de la población peruana, como reflejo de la falta de acceso a canales formales de atención por parte de la población, lo que genera en una estrategia de consumo de sus medicamentos; el sobre costo que conlleva a la población, será analizado más adelante.

Tabla 26

Perú: Población con algún problema de salud. 1°Q 2012 y 2013.

Lugar o establecimiento	Ene-Feb-Mar		Variación Absoluta (Puntos Porcentuales)
	2012P/	2013P/	
Total Buscó Atención	49,5	53,2	3,7
MINSA 1/	15,9	18,8	2,9
EsSalud 2/	6,4	7,0	0,6
MINSA y EsSalud	0,1	0,1	0,0
FFAA y/o Policía Nacional	0,6	0,6	0,0
Particular 3/	8,8	8,9	0,1
Farmacia o botica	16,8	17,0	0,2
Domicilio	0,2	0,1	-0,1
Otros 4/	0,8	0,7	-0,1

Nota. Valores en porcentajes. 1°Q = Enero-Febrero-Marzo. Según lugar o establecimiento de consulta en salud. Tomado de “Condiciones de vida en el Perú Enero – Febrero – Marzo 2013”, por INEI, 2013. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/16653.pdf>

Las consecuencias se pueden observar en las estadísticas que expresa la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Perú (DIGEMID), que indica que por cada 1% de incremento en la proporción de la población que busca atención de salud en farmacias y boticas, la probabilidad de padecer algún problema de salud aumenta en un 40.21% y la probabilidad de atenderse en establecimientos del MINSA disminuye en un 61.5%. Esto genera incremento en problemas de salud por mal tratamiento de enfermedades ya que no se obtuvo un diagnóstico clínico apoyado en pruebas de laboratorio y se basa la medicación en experiencias de apariencia similar cuyo resultado es un tratamiento muy informal (DGE, 2012).

3.5.4. Amenaza de los entrantes

En el caso de los entrantes, debido a que el presente diagnóstico es basado en el Sector Salud integral, son vistos más bien como una oportunidad de mejorar y hacer más atractivo. Como referencia, las inversiones chilenas en compras de infraestructura de tiendas farmacéuticas así como inversiones privadas nacionales en adquisiciones de clínicas especialmente en provincias.

Es importante resaltar que en los próximos cuatro años se invertirá aproximadamente US\$3 mil millones según detalló Gonzalo de Losada, gerente general adjunto de Rímac Seguros en la última reunión CADE 2013. Como indica Gonzales de Losada (2013), de ese total, el 30% serán invertidos por empresas privadas en nuevas clínicas y ampliaciones de las ya existentes, tanto en Lima como en provincias. (Rímac Seguros, 2013).

3.5.5. Rivalidad de los competidores

Si bien es cierto existe un bajo grado de rivalidad entre los sectores privado y público del país, donde el sector público recibe la atención de ciertas atenciones básicas en las que la población prefiere evitar el sistema privado por el alto costo que significa atenderse por este, también es importante resaltar que el sector privado sirve de apoyo al sector público, dado que alivia la sobrecarga que recibe el sector público.

Sin embargo, es pertinente recordar que el presente análisis abarca el estudio de Sector Salud como un sector integral en el Perú, donde los competidores que se estudian no son los internos, sino los externos; entonces, estos son pueden ser considerados sólo fuera del territorio nacional, es decir otros países que integran la región, o el resto del mundo, siendo los rivales los países referentes en alguna especialidad médica, como lo es EE.UU en atención de operaciones al corazón o tratamiento del cáncer, o de similar forma Cuba es considerada en medicina deportiva. Cabe resaltar que esta rivalidad nace a partir del año 2000 aproximadamente, soportada por el favorable desarrollo de la situación económica del país donde el PBI del Perú evoluciona desde los 4,500 hasta los 8,000 soles per cápita según la Figura 19, el alto grado de especialización en algunas ramas médicas y las agresivas campañas publicitarias de ciertos centros médicos internacionales.

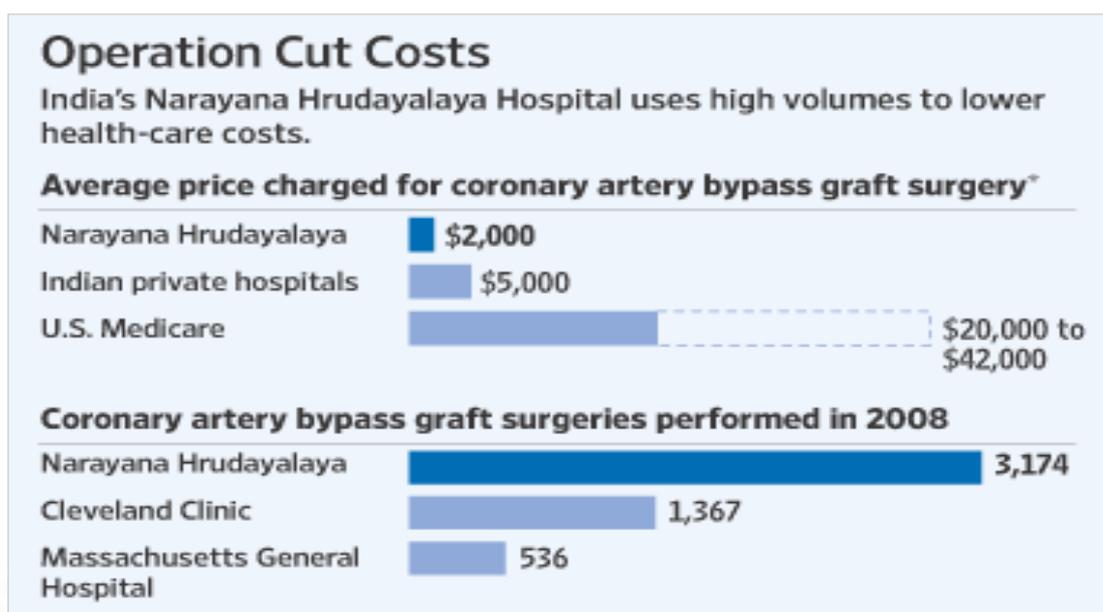


Figura 69. Operaciones al corazón en USA e India, costo y frecuencia.

Fuente: Narayana Hrudayala Hospital; Cleveland Clinic; Massachusetts General Hospital; Children's Hospital Boston; Centers for Medicare & Medicaid; Religare Enterprises. Tomado de "The Henry Ford of Heart Surgery" por The Wall Stree Journal, 2009. Recuperado de <http://online.wsj.com/news/articles/SB125875892887958111>

En ese sentido, las grandes competencias de los líderes en su especialidad principalmente están centradas en el alto nivel de calidad y especialización del servicio que ofrecen; sin embargo factores como la rapidez en atención, o costo del servicio no son las fortalezas y nuevos modelos de negocio están revolucionando el sector. Por ejemplo, muchas veces la atención puede demorar y los precios alcanzar cifras exorbitantes de hasta 100,000 USD en EE.UU con un promedio entre los 20,000 y 40,000 USD, frente a otros países como India donde el mismo procedimiento sólo estaría entre los 2,000 y 5,000 USD, dado su alto grado de especialización (The Wall Stree Journal, 2009), tal como se puede apreciar en la Figura 69.

3.6. El Sector Salud y sus Referentes

Según el Informe sobre la salud en el mundo 2010 de la OMS, el Perú se encuentra en el puesto 129 de 191 países considerados, mientras que países como

Colombia ocupan el puesto 29 y el primero en Latinoamérica. En este *ranking* se puede encontrar a Francia e Italia como los líderes mundiales (OMS, 2010).

3.7. Matriz Perfil Competitivo (MPC)

La Tabla 27 muestra el resultado de la Matriz de perfil Competitivo (MPC), la cual claramente indica que el Perú en comparación a sus pares de la región, está muy por debajo en lo que respecta a la Salud.

Tabla 27

Matriz Perfil Competitivo (MPC)

#	Factores clave de éxito.	Peso	SISTEMAS DE SALUD							
			Perú		Colombia		Chile		Brasil	
			Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1	Presupuesto destinados a Salud.	0.20	1	0.20	2	0.40	3	0.60	3	0.60
2	Infraestructura.	0.15	2	0.30	1	0.15	3	0.45	4	0.60
3	Cobertura geográfica del servicio.	0.20	1	0.20	4	0.80	3	0.60	2	0.40
4	Gestión administrativa y poder de negociación.	0.15	2	0.30	2	0.30	4	0.60	4	0.60
5	Nivel de educación del personal médico.	0.15	2	0.30	3	0.45	3	0.45	3	0.45
6	Innovación y Tecnología.	0.10	1	0.10	1	0.10	2	0.20	3	0.30
7	Bono Demográfico.	0.05	3	0.15	3	0.15	2	0.10	3	0.15
Total		1.00		1.55		2.35		3.00		3.10

Nota: Pond. = Ponderado. Valor: 4 Fortaleza mayor, 3 Fortaleza menor, 2 Debilidad menor, 1 Debilidad mayor.

En Países como Chile y Colombia en donde tenemos una menor *psychic distance* [parecido cultural], existen amplias diferencias las cuales se ven aún más exacerbadas en el presupuesto destinado a la salud por cada país, la cobertura geográfica y el nivel de educación de cada uno de estos países. Inclusive, como se analizó en el Capítulo I, el gasto en salud como porcentaje del PBI en Perú es menor al gasto en salud como porcentaje del PBI promedio de Latinoamérica.

3.8. Matriz Perfil Referencial (MPR)

La Matriz de Perfil Referencial (MPR), a diferencia de la MPC que evalúa el Sector Salud en el Perú con la competencia, compara al Sector Salud del Perú con otros referentes, como son alguno de los países vecinos, ya que de alguna manera marcan la pauta de como se debería gestionar la salud para poder llegar a tener un sector tan eficiente y bien desarrollado, como es el caso de Francia, que es el referente seleccionado. Tal como se evidencia en la Tabla 28, las brechas o amplias diferencias en presupuesto, infraestructura, cobertura, pero además aparece un factor con amplio margen a favor del referente, que es el de la innovación y la tecnología. De la misma manera, es importante resaltar que el único factor clave de éxito en el cual el Perú no está por debajo es el bono demográfico.

Tabla 28 Matriz Perfil Referencial (MPR)

#	Factores clave de éxito.	SISTEMAS DE SALUD				
		Perú		Francia		
		Peso	Valor	Ponderado	Valor	Ponderado
1	Presupuesto destinados a Salud.	0.20	1	0.20	4	0.80
2	Infraestructura.	0.15	2	0.30	4	0.60
3	Cobertura geográfica del servicio.	0.20	1	0.20	4	0.80
4	Gestión administrativa y poder de negociación.	0.15	2	0.30	4	0.60
5	Nivel de educación del personal médico.	0.15	2	0.30	4	0.60
6	Innovación y Tecnología.	0.10	1	0.10	4	0.40
7	Bono Demográfico.	0.05	3	0.15	2	0.10
Total		1.00		1.55		3.90

Nota: Valor: 4 Fortaleza mayor, 3 Fortaleza menor, 2 Debilidad menor, 1 Debilidad mayor.

3.9. Conclusiones

Con un crecimiento promedio mayor al 6% anual, una inflación controlada, una estructura jurídica estable y un bono demográfico en plena exposición, el Perú se encuentra en una posición privilegiada de desarrollo, sin embargo, la falta de

infraestructura a nivel nacional, la centralización de instituciones en la capital, el nivel de corrupción y la ausencia de un planeamiento estratégico a largo plazo, desligado de la tendencia política del gobierno de turno, genera los propios obstáculos que no permite desarrollar su real potencial.

El tema más importante es el desarrollo del capital humano, esto significa mencionar el sector educación, sector fuertemente ligado al Sector Salud. En este aspecto, lamentablemente el Perú aún sigue en las últimas posiciones de la región, lo que trae como consecuencia, el incremento de la brecha de desigualdad socio-económica. Una situación resaltante es la apertura de mercado que permite tener un soporte de provisión competitiva en productos que el sector requiera; sin embargo, los TLC no son aprovechados eficazmente debido a su falta de difusión entre el sector industrial.

El Sector Salud en el Perú tiene una alta dependencia del sector farmacéutico como canal de atención médica, deformando el sistema. Esto es consecuencia de una falta de descentralización de los servicios de salud. Asimismo, el nivel de compromiso con el Sector Salud por parte del gobierno y la falta de equidad en este se expresa en el ranking mundial, donde ocupa uno de los últimos lugares. Finalmente, los FCE en comparación con otros países de la región, demuestran las oportunidades que se deben aprovechar para mejorar la posición actual del Sector Salud del Perú.

Capítulo IV: Evaluación Interna

4.1. Análisis Interno AMOFHIT

4.1.1. Administración y gerencia (A)

El MINSA es el organismo encargado del controlar y gestionar la Salud con sus diferentes componentes dentro del país, esto incluye la planificación estratégica para mejorar las condiciones de la salud en el país, la coordinación con las diferentes entidades para el correcto desarrollo de las estrategias, la estructura necesaria para soportar el proceso de la salud incluyendo a los organismos privados y públicos, el desarrollo de capacidades para atender a la población y promover la investigación, así como gestionar y destinar el presupuesto necesario para que las diferentes regiones del país puedan tener los recursos necesarios en la búsqueda de un acceso universal y equitativo de la salud. En este sentido el Ministerio de Salud señala dentro de su misión lo siguiente:

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas (MINSA, 2013e).

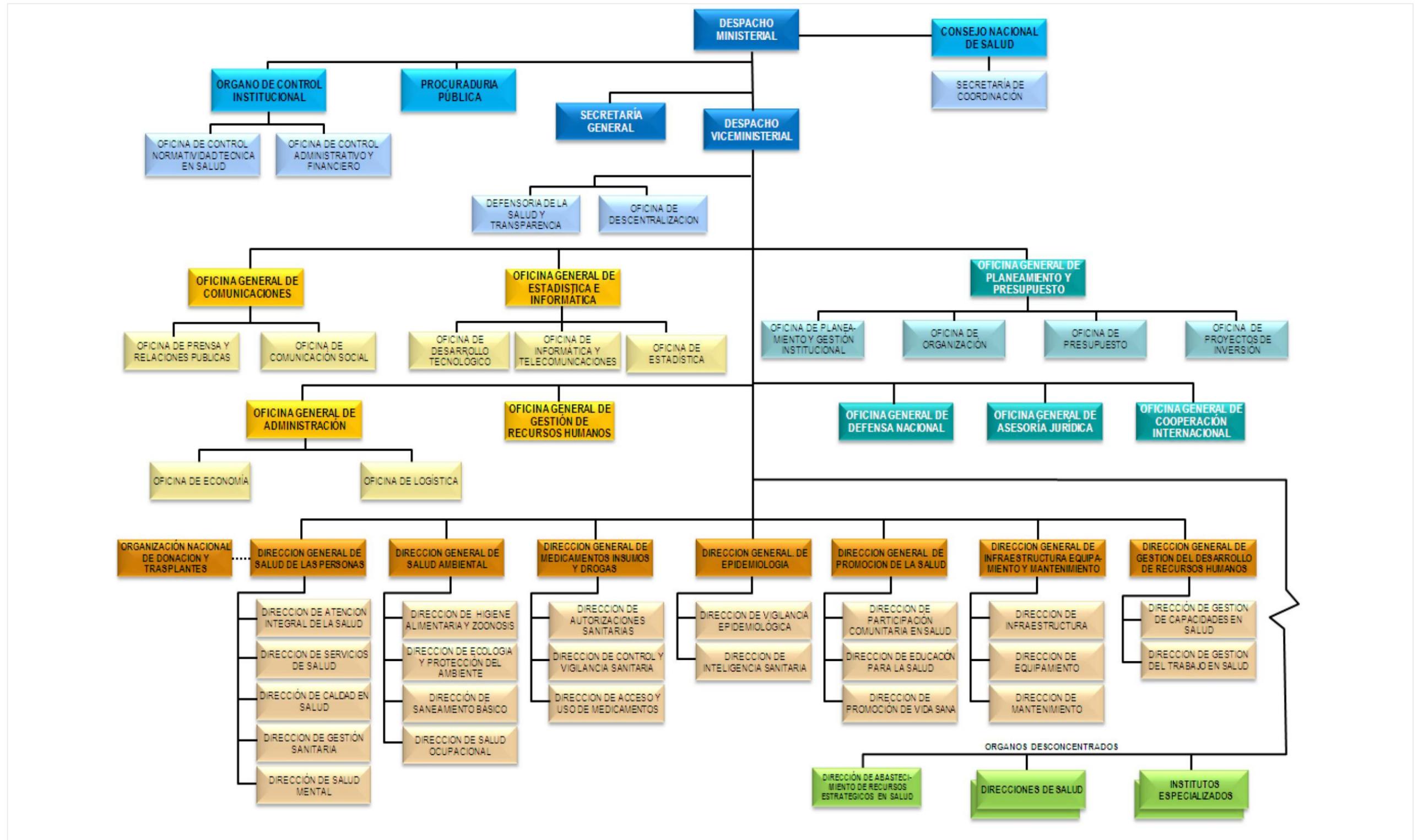


Figura 70. Organigrama Estructural del Ministerio de Salud. Tomado de "Organigrama Institucional" por MINSA, 2013. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/organigrama.pdf>

El Ministerio de Salud es un órgano del poder ejecutivo y soporta su estrategia de trabajo y desarrollo en la ley 27657, la cual ampara el desarrollo y crecimiento sostenible de la salud a nivel nacional. En la Figura 70 se aprecia cómo es la estructura orgánica del MINSA (MINSA, 2013f).

La estructura orgánica del Ministerio de salud, considerando sus diferentes organismos es la siguiente: (a) El Ministerio de Salud, en donde se encuentra la alta dirección, el órgano consultivo, el órgano de control, el órgano de defensa judicial, el órgano de asesoría, el órgano de apoyo, el órgano de línea y el órgano de control. El Ministerio de Salud es el ente rector, no solamente conduce, si no también regula y promueve a través de su intervención en la Salud, (b) Órganos Desconcentrados, que están constituidos por las direcciones de salud, institutos especializados, y la dirección de abastecimiento de recursos estratégicos de salud, (c) Organismos Públicos, (d) Direcciones Regionales de Salud, (e) Comisiones, (f) Proyectos, (g) Instituciones afines al MINSA y (h) Los Programas.

Así mismo, como se estudió en el Capítulo I, la estructura del sistema de salud en el Perú se divide en 2 grandes sub-sectores, el sector público y el sector privado. El sector público participando a través de regímenes subsidiados o de contribución directa, y el sector privado a través del régimen contributivo directo y el régimen privado, la estructura del sistema de salud del Perú vista en la Figura 7.

De la misma manera, también existen diferentes actores que participan en el Sector Salud como las entidades públicas y privadas que soportan la estructura actual de trabajo. El Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a través del Seguro Integral del Salud (SIS), el cual también subsidia a la población en extrema pobreza, El Ministerio de Salud (MINSA) se encarga de la prestación de servicios tanto para aquellos asegurados como para los del régimen subsidiado. Los

otros cuatro subsistemas que brindan servicios de salud son: i) el Seguro Social de Salud - EsSalud; ii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas iii) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú iv) las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y Organizaciones de la Sociedad Civil, conocida por las siglas OSC (OIT, 2013).

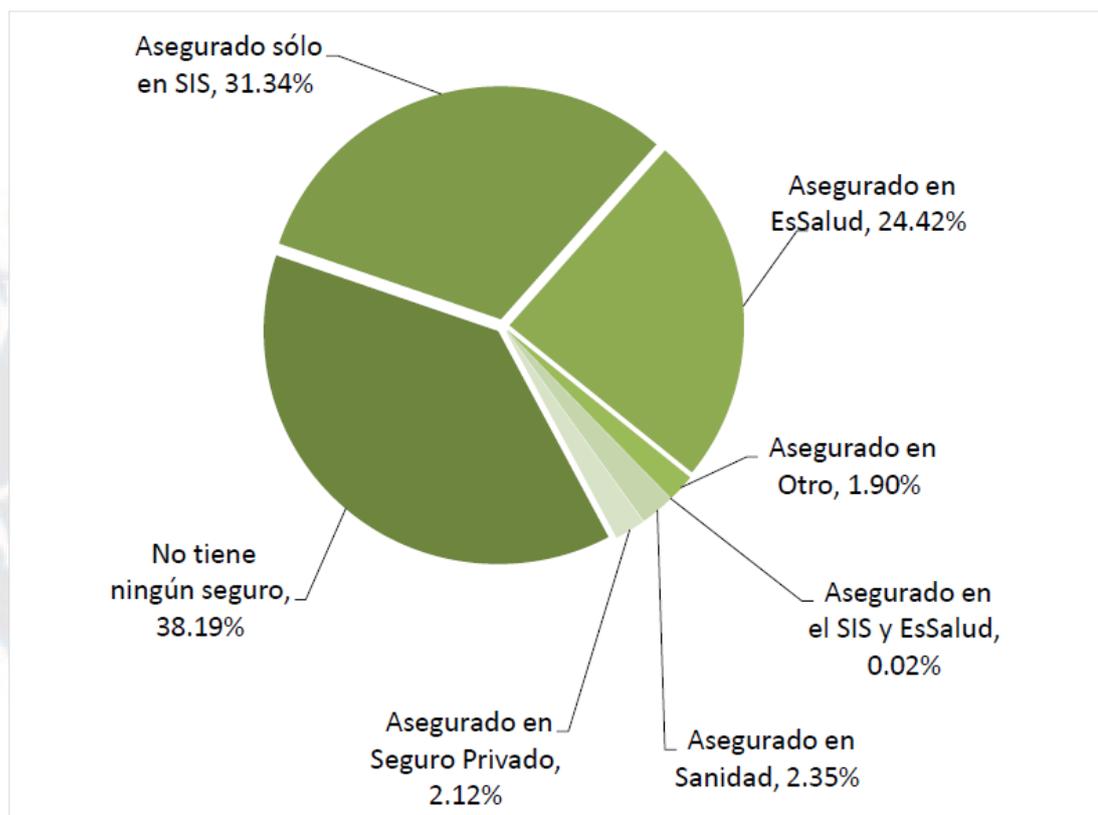


Figura 71. Cobertura de Aseguramiento en el Sistema de Salud del Perú, 2012.

Fuente: INEI-ENAHO, 2012. Tomado de "Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)", por MINSA, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

En la Figura 71, se puede apreciar cómo se descompone la cobertura de aseguramiento en el sistema de salud, teniendo en el año 2012 cerca del 39% de la población aún no asegurada (MINSA, 2013b). Asimismo, el Seguro Integral de Salud (SIS) como organismo público ejecutor del Ministerio de Salud, tiene como objetivo gestionar las prestaciones de salud para cubrir y proteger la salud de la

población (SIS, 2011). En la Figura 72 se puede apreciar que manera el SIS participa financiando y cubriendo la parte del sector público.

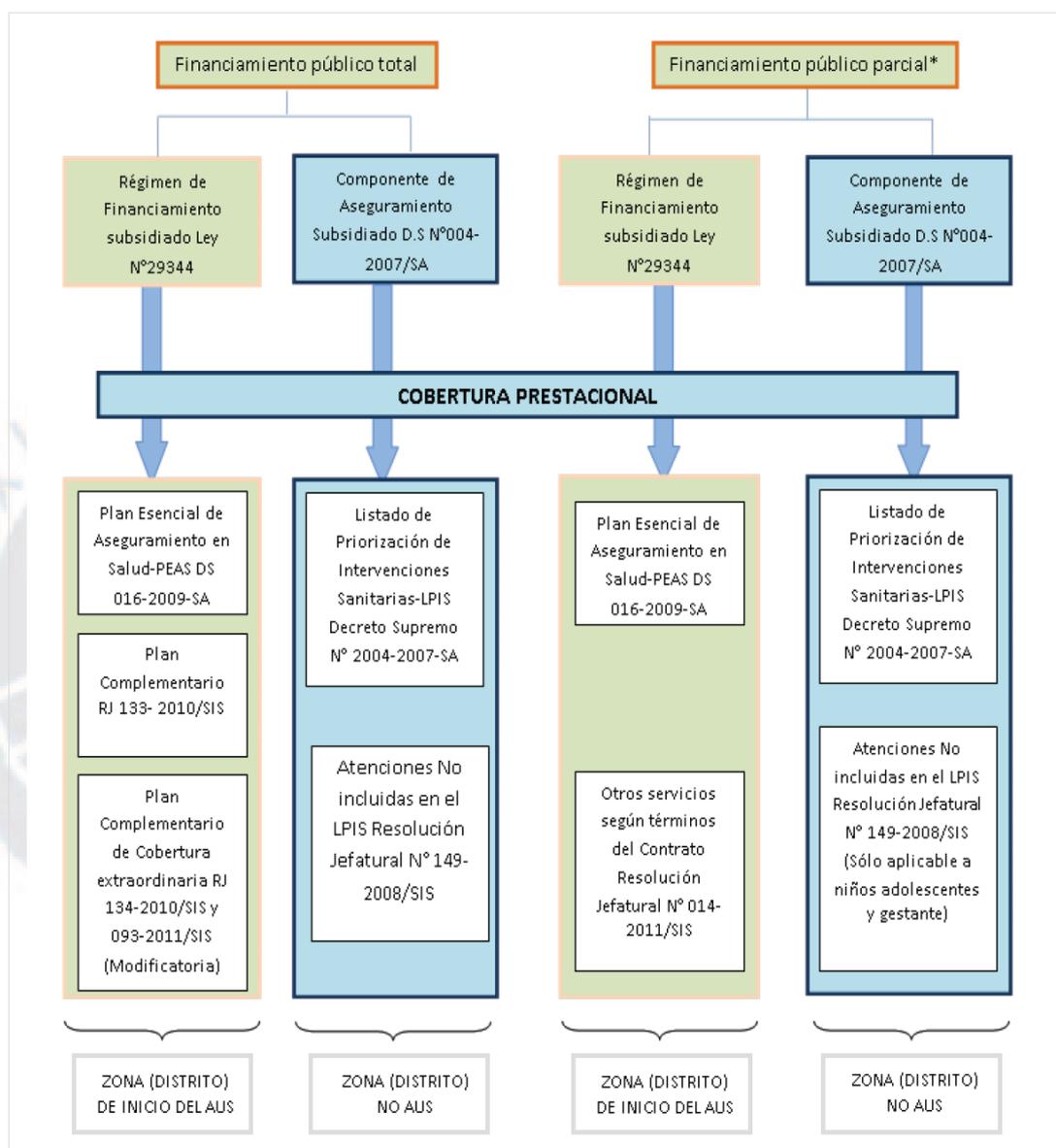


Figura 72. Tipo de Financiamiento y cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud
Fuente: SIS, 2012. Tomado de “Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)”, por MINSA, 2013b. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

El MINSA, a través de su Plan Estratégico Multisectorial, ha planteado los siguientes objetivos de cara al 2016. (a) Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable, (b) Reducir la desnutrición crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza, (c) Disminuir y controlar las

enfermedades no transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, (d) Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, (e) Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionados por factores externos y (f) Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de Salud (MINSa, 2011b).

En un marco por sumar esfuerzos y realizar sinergias entre los distintos actores que componen el Sistema de Salud en el Perú se creó en el año 2007 el Plan Nacional Concertado de Salud, se espera que esta herramienta, que junta elementos técnicos, políticos y sociales permita definir las políticas y las prioridades en salud en el país. El Plan Concertado de Salud tiene como base los objetivos del Milenio que formaron parte del Acuerdo Nacional en el año 2002.

Como resultado de este trabajo los representantes de salud acordaron 65 líneas de acción, para aplicar en las siguientes áreas de reforma de sector: (a) El aseguramiento universal, (b) El Financiamiento en Salud, (c) La descentralización del Sector, (d) La participación ciudadana, y (e) El acceso y disponibilidad de medicamentos. (MINSa, 2007).

Finalmente, como se revisó en el Capítulo I, el Aseguramiento Universal es una de las variables más trascendentales para el desarrollo de la estrategia del Sistema de Salud. En efecto, en el año 2009 se promulgó la ley 29344 la cual define el Aseguramiento Universal como “el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte” (Congreso de la República del Perú, 2009). La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) es el organismo público encargado de controlar y regular a las entidades administradoras de fondos de aseguramiento en salud.

4.1.2. Marketing y ventas (M)

De acuerdo a D'Alessio (2013), el marketing es la orientación centrada en satisfacer las necesidades de los consumidores a través de la adecuación de bienes y servicios. Entonces es necesario determinar quiénes son los consumidores y sus principales características así como cuáles son sus necesidades, para luego pasar a describir los servicios y la calidad de estos para satisfacer dichas necesidades. Los consumidores o público objetivo son todos ciudadanos que requieren de servicios de salud dentro del territorio peruano. Según se muestra la Figura 30, la evolución de la pirámide poblaciones del Perú al 2025 muestra un bono demográfico que se caracteriza por tener mayoritariamente población de 15 a 64 años, alcanzando un 67% de la población peruana; asimismo, es importante resaltar que la población peruana se caracteriza por pasar por una transición epidemiológica de enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas no transmisibles (OIT, 2012). Lo expresado es sustentado en la Figura 32, donde se muestra que para el 2009 las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de muerte, con 8.6 defunciones por cada 10,000 habitantes (OIT, 2013).

En tal situación, la alerta se da por el incremento de población con problemas de salud crónica, como se puede apreciar en la Tabla 29, desde el 2004 ya se tenía una tasa de 17.8% de población a nivel nacional con algún problema, para el 2012 esta cifra se ha duplicado, alcanzando el 36.7%, esto es una variación de 19 puntos porcentuales, lo que genera preocupación en una población económicamente activa de gran volumen; similar situación se presenta en Lima Metropolitana, donde la población con algún problema crónico evolucionó de 22.5% a 43.6%, para los mismos periodos (INEI, 2013b).

Tabla 29

Perú: Población con algún problema de salud, 2004-2012

Año	Nacional		Lima Metropolitana	
	Con problema de salud			
	Crónico 1/	No crónico 2/	Crónico 1/	No crónico 2/
2004	17,8	37,2	22,5	28,4
2005	20,5	34,5	22,5	26,2
2006	22,7	34,8	23,9	29,1
2007	23,2	38,4	26,7	32,1
2008	24,4	38,6	26,6	31,4
2009	25,4	37,8	27,0	34,5
2010	31,8	36,2	36,9	32,6
2011	36,3	33,3	43,9	27,5
2012	36,7	32,7	43,6	26,3

Nota: Porcentaje respecto del total de la población de cada ámbito geográfico. Las estimaciones de los indicadores provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO- han sido actualizadas teniendo en cuenta los factores de ponderación estimados en base a los resultados del Censo de Población del 2007, los cuales muestran las actuales estructuras de la población urbana y rural del país. 1/ Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc) o malestares crónicos. 2/ Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta. Tomado de “Condiciones de vida en el Perú Enero – Febrero – Marzo 2013”, por INEI, 2013. Recuperado de: <http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/16653.pdf>

Tabla 30 Perú: Población con algún problema de salud, 2012-2013

Perú: Población afiliada a seguro de salud, 2012-2013

Tipo de Seguro de Salud	3°Q 2012	3°Q 2013	Variación Absoluta (Puntos Porcentuales)
Total	62,2	65,8	3,6
Únicamente EsSalud	24,4	23,2	-1,2
Únicamente SIS	31,0	37,1	6,1
Con otros seguros 1/	6,7	5,6	-1,1

Nota. Porcentaje respecto del total de población. /1: 1/ Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, etc. Tomado de “Condiciones de vida en el Perú Julio, Agosto, Septiembre 2013”, por INEI, 2013. Recuperado de: <http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/condiciones-de-vida-jul-set-2013.pdf>

Según INEI (2013g), como se aprecia en la Tabla 30, con respecto a los accesos al servicio, sólo el 66% de la población está afiliada a un tipo de seguro al finalizar el primer trimestre del 2013, esto significa una evolución del 3,6% respecto a lo informado por MINSa en el análisis de la situación del Sector Salud (ASIS) para el

año 2012; Además, en contraste con el año 2008, la evolución de la cobertura de afiliación denota un lento avance, pues estaba alrededor del 57% (MINSA, 2013b), según la Figura 14. Asimismo, es importante señalar que a pesar de las coberturas, las principales razones del no uso de los servicios médicos es que no lo consideran necesario y/o lo cubren con elementos caseros que podrían generar una sensación de bienestar temporal y luego derivar en enfermedades más peligrosas, considerando además, como ha sido mencionado, la alta probabilidad que existe en derivar esto en enfermedades crónicas no transmisibles, tal como se aprecia en la Tabla 31.

Tabla 31 *Perú: Razones por las que no acude a un establecimiento, 2004-2012*

Perú: Razones por las que no acude a un establecimiento, 2004-2012

Año	Falta de Dinero	Queda lejos/ falta confianza/ demoran	Remedios caseros o auto recetó	No fue necesario	Otras 1/
2004	24,7	12,3	42,8	32,2	11,0
2005	24,4	11,4	37,1	35,1	13,2
2006	21,8	10,7	36,1	35,0	13,4
2007	22,1	10,7	33,1	35,1	17,0
2008	18,6	12,1	32,1	36,2	20,2
2009	15,2	13,7	28,9	39,2	24,4
2010	13,6	14,8	28,7	38,5	28,3
2011	12,9	15,3	27,9	40,5	26,8
2012	11,5	16,0	30,7	41,2	26,6

Nota. 1/ Incluye “No tiene seguro, falta de tiempo, por maltrato del personal de salud”. Porcentaje respecto de la población con algún problema de salud que no consultó a un establecimiento. Adaptado de “Condiciones de vida en el Perú Enero – Febrero – Marzo 2013” por INEI, 2013. Recuperado de: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/16653.pdf>

Con respecto a la calidad del servicio de salud, el 29 de octubre del 2009 mediante resolución del MINSA, se aprobó el documento técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”, cuyo ámbito también alcanza no solo a los entes prestadores de salud estatales sino también mixtos y privados. A través de sus 12 políticas y estratégicas busca mejorar el nivel de calidad en el servicio de salud. Sin embargo, como se aprecia en la Tabla 32, obtenida de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del AUS, aún los indicadores no obtienen los mejores resultados

considerando que la espera en atención puede ser de hasta 14 días en EsSalud, mientras que en las clínicas son casi la mitad de ese tiempo (SUNASA, 2011). Asimismo, es importante resaltar que el tiempo de espera en el MINSa para una consulta es de más de 80 minutos en promedio, lo cual afecta la calidad de atención del usuario y la productividad de las empresas en caso sea un ciudadano económicamente activo.

Tabla 32

Tiempos para obtención de citas, espera y consulta

Variable (Cuanto tiempo...)	Und. de Tiempo	General			Con algún Seguro			No tiene Seguro			
		Minsa-GR	EsSalud	Clinicas	FF.AA y PP	Minsa-GR	EsSalud	Clinicas	Minsa-GR	EsSalud	Clinicas
...después de su solicitud le dieron consulta?	días	12.3	13.85	7.51	1.67	13.26	13.72	4.70	9.78	13.00	
...le tomó para que le atendieran la consulta?	min.	82.4	51.72	33.00	37.01	84.82	52.04	29.77	66.05	76.11	106.67
...cree que duró su atención en la consulta?	min.	14.43	14.43	13.37	17.69	15.06	12.67	12.99	17.91	15.79	11.33

Nota. Data según tipo de establecimiento y condición de asegurado. Tomado de “Resumen de Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del AUS”, por SUNASA, 2011. Recuperado de: http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/Encuesta_de_satisfacci%C3%B3n_de_usuarios_2011.pdf

En relación al nivel de satisfacción de los servicios de salud, según muestra la Tabla 33, cerca del 40% de los pacientes que se asegurados se encuentran poco o nada satisfechos con el servicio que reciben al ser atendidos por las diferentes entidades que integran el sistema de salud peruano: MINSa, EsSalud y otras clínicas, incluso diferenciando la atención cuando se tratan pacientes con o sin seguro.

Con respecto a las razones, se ha determinado que el principal motivo en general es la mala atención del personal, incluso en las clínicas. Sin embargo la segunda razón, aún más preocupante, es que el seguro no cubre todas las necesidades, con lo cual no se está cumpliendo con el objetivo principal del servicio.

Tabla 33

Usuarios no satisfechos según tipo de establecimiento y condición del asegurado.

Usuario	Minsa-GR	EsSalud	Clínicas
General	38.0%	39.0%	6.5%
Pacientes con Seguro	40.3%	39.0%	6.3%
Pacientes sin Seguro	33.7%	38.8%	8.6%

Nota. Adaptado de “Resumen de Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del AUS”, por SUASA, 2011. Recuperado de: http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/Encuesta_de_satisfacci%C3%B3n_de_usuarios_2011.pdf

Tabla 34

Causa de inconveniente en la atención de salud según establecimiento de salud

Causa de inconvenientes	MINSA y GR	ESSALUD	SANIDADES	CLINICAS
Mala atención	52.8%	51.0%	41.7%	55.0%
El seguro no cubre todas las necesidades	16.6%	13.5%	8.3%	8.3%
Incumplimiento en el momento de las citas	12.1%	18.0%	0.0%	11.7%
Falta Información de la cobertura	5.0%	2.4%	0.0%	3.3%
Negligencia del Médico	5.0%	1.2%	0.0%	0.0%
Falta de medicamentos	4.0%	8.2%	41.7%	8.3%
Otros	4.5%	5.7%	8.3%	13.3%

Nota. Adaptado de “Resumen de Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del AUS”, por SUNASA, 2011. Recuperado de: http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/Encuesta_de_satisfacci%C3%B3n_de_usuarios_2011.pdf

Con respecto al nivel de satisfacción en lo que respecta a la atención de medicinas, en el caso del MINSA se denota una falta de stock, ya que solo el 27% de los usuarios encontraron todas las medicinas en el mismo establecimiento.

Tabla 35

Nivel de atención de medicinas dentro del mismo establecimiento a los pacientes que recibieron prescripción médica, por establecimiento

Variable	MINSA y GR	ESSALUD	CLINICAS	FF.AA y PP.
Indicación de alguna medicina	71.0%	82.0%	76.0%	77.0%
Tenían todas las medicinas	27.0%	58.0%	53.0%	64.0%

Nota. Adaptado de “Resumen de Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del AUS”, por SUNASA, 2011. Recuperado de: http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/Encuesta_de_satisfacci%C3%B3n_de_usuarios_2011.pdf

4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O)

La producción es el eslabón perdido de la estrategia empresarial, lo ha sido, lo es y probablemente lo seguirá siendo, y esta es la miopía más dañina en la gestión empresarial (D'Alessio, 2013).

La producción de servicios en el Sector Salud no es ajeno a esta “miopía” en la gestión empresarial, ya que tres de las cuatro principales causas de exclusión a la salud que propone la OPS, están relacionadas a la producción siendo: (a) Déficit de infraestructura adecuada, (b) fallas en la asignación y/o gestión de los recursos y (c) problemas relacionados con la calidad de servicios otorgados; y (d) a cuarta causa de exclusión que señala la OPS son las barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, que están relacionadas a temas geográficos, económicos, culturales, etc.

Infraestructura. Tal como se señaló en el análisis competitivo del país, la infraestructura en el país es un tema crítico, ocupando el puesto 91 en infraestructura según el Reporte de Competitividad Global 2013, el Sector Salud no es ajeno a este problema nacional. Como se observa en las Tablas 3 y 4, la cantidad de establecimientos no presenta crecimiento constante y no es homogénea en el territorio nacional, presentando grandes diferencias entre zonas rurales y urbanas. La infraestructura en el Sector Salud se evalúa según el número de camas por cada 1000 habitantes, el Perú registra 1.5, muy por debajo del promedio en la región que alcanza 2.4 por cada 1000 habitantes, y realmente crítico si se compara a nivel mundial, ya que países desarrollados como Japón proporcionan 13.75 camas por cada mil habitantes. Además, este indicador no ha variado desde el año 2005 (WEF, 2013).

Como muestra la Tabla 36, el porcentaje de provincias sin hospitales es crítico (APOYO, 2011); según la encuesta realizada en el 2013 por la empresa Datum a 1200 personas, sólo el 7% considera que la atención recibida en hospitales y postas del

MINSA es buena y el 46% opinó que la atención es mala, a la vez el 51% señaló que se requieren equipos, el 33% señaló que se requiere capacitación al personal, el 24% mayor tecnología y un 22% más y mejores centros de salud. (Datum, 2013).

Tabla 36

Disponibilidad de hospitales a nivel regional, 2011

Región	Número de hospitales	Provincias sin hospitales	% de provincias sin hospitales	Hospitales por cada 100,000 habitantes
Madre de Dios	3	1	33%	2.35
La Libertad	37	0	0%	2.07
Amazonas	8	2	29%	1.92
Tumbes	4	2	67%	1.75
Ica	12	1	20%	1.57
Apurímac	7	3	43%	1.55
Ayacucho	10	5	45%	1.5
Lima	136	4	40%	1.45
Cajamarca	22	6	46%	1.45
Ancash	16	9	45%	1.42
Junín	18	2	22%	1.36
Pasco	4	1	33%	1.34
Tacna	4	3	75%	1.22
Puno	16	2	15%	1.16
Moquegua	2	1	33%	1.14
Callao	10	0	0%	1.03
Loreto	10	5	71%	0.99
Lambayeque	10	0	0%	0.81
Arequipa	9	5	63%	0.72
Ucayali	3	3	75%	0.63
Huancavelica	3	5	71%	0.62
San Martín	4	6	60%	0.5
Huánuco	4	9	82%	0.48
Cusco	6	9	69%	0.46
Piura	7	3	38%	0.39

Nota. Fuente: INEI/MINSA. Tomado de “Lineamientos para promover la infraestructura en el Perú 2012-2016”, por APOYO, 2011. Recuperado de http://www.apoyoconsultoria.com/SiteAssets/Lists/JER_Jerarquia/EditForm/Informe_Capeco_Apoyo.pdf

Por otro lado, los problemas más críticos a nivel interno de los hospitales son el abastecimiento de agua, pues existen hospitales sin conexión a la red pública de agua y se abastecen con pozos propios. La calidad de agua también es crítica pues hay hospitales que utilizan agua no potable. Con respecto al alcantarillado, existen

hospitales que usan pozos sépticos para la eliminación de aguas residuales. Con respecto al tratamiento de residuos, menos del 10% de hospitales reportan tratamiento de residuos sólidos y líquidos. Las instalaciones eléctricas son básicas en los hospitales, sin embargo un 3% de hospitales cuenta con energía eléctrica parcial (12 horas en promedio), las redes de gases y vapor para la esterilización de instrumentos no están generalizadas a nivel nacional, lo que eleva el riesgo de no atención y contaminación de enfermedades dentro de los nosocomios.

El impacto de las inversiones en infraestructura en salud es directo en la cobertura y calidad de salud, además de influir en forma indirecta en la productividad de la población. En el 2012 se iniciaron inversiones para construir 18 nuevos hospitales a nivel nacional y en el CADE 2013, se anunció la inversión de US\$3,000MM en infraestructura hospitalaria, de los cuales US\$1,000MM serán ejecutados por empresas privadas y US\$2,000MM por el MINSA según detalló la Superintendente de SUNASA, Flor María Phillips. (Rímac Seguros, 2013)

Gestión de recursos y abastecimiento. Los recursos básicos para el Sector Salud son los centros de salud, que fueron analizados anteriormente, los recursos humanos, el equipamiento y los materiales. Tal como lo señala la Defensoría del Pueblo, los establecimientos de salud se encuentran obligados a garantizar la disponibilidad de bienes, personal, medicamentos, insumos y equipamientos básicos en un número suficiente, sin embargo, respecto al equipamiento y los materiales, el Sector Salud presenta grandes deficiencias, como se puede observar en la Figura 73.

Según los resultados publicados en el reporte de la supervisión nacional a hospitales 2013 realizado por la Defensoría del Pueblo, una de los datos más preocupantes es que el 45.3% de las áreas supervisadas no cuenta con electrocardiograma, pese a que la tercera causa de mortalidad en el Perú son las

enfermedades relacionadas al corazón; el 42.9% de áreas supervisadas tampoco cuenta con desfibrilador, equipo necesario para tratar paros cardiorrespiratorios, siendo la segunda causa de mortalidad en el Perú las enfermedades relacionadas al aparato respiratorio. Sumado a la falta de equipos se encuentra la precaria situación tecnológica de los equipos activos, que en muchos casos, debido a los sistemas de información con que cuentan, se vuelven obsoletos al no ser compatibles con las nuevas redes y sistemas de registro de información o requieren de ingreso manual de información a los sistemas integrados (Defensoría del Pueblo, 2013)..

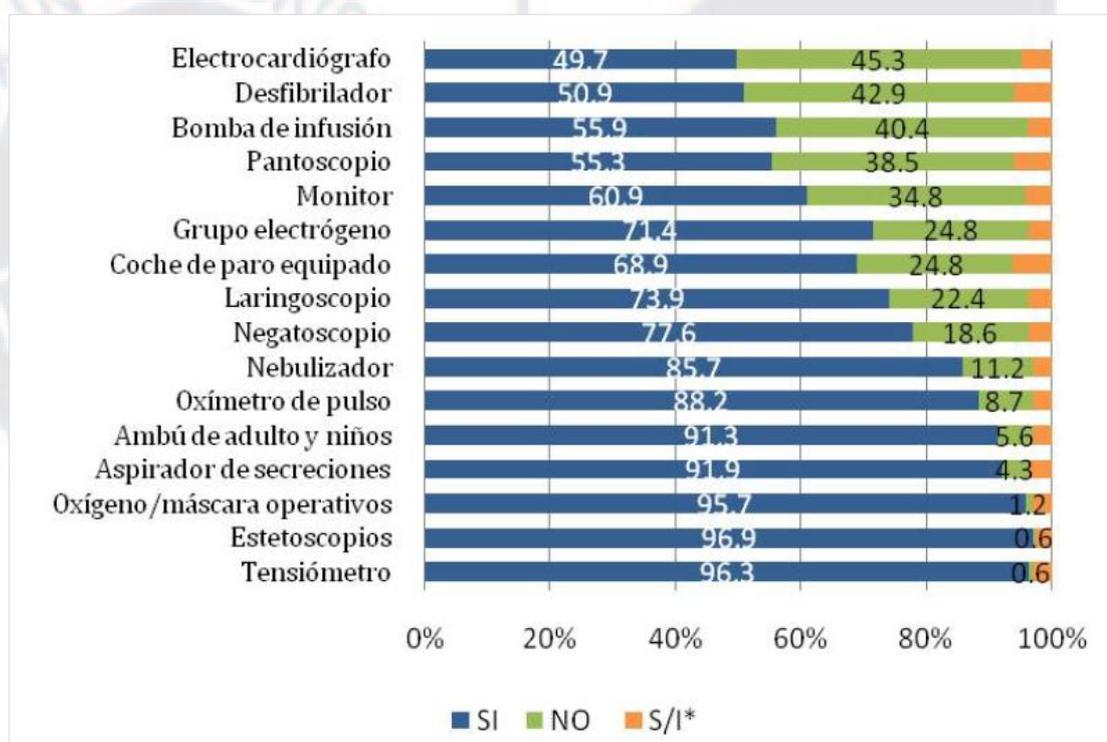


Figura 73. Equipo básico en las áreas de hospitalización de cirugía supervisadas (%). Perú, 2013. Tomado de "Informe N°161: Camino al Aseguramiento Universal (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales" por Defensoría del Pueblo, 2013. Recuperado de: http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/dp_281013_0004.pdf

Los hospitales también presentan carencias con respecto a los insumos básicos en hospitalización en cirugía en al menos 15% a nivel nacional, como se observa en la Figura 74; sin embargo, en gobiernos regionales la deficiencia alcanza un 54.8% y en EsSalud un 23.7%.

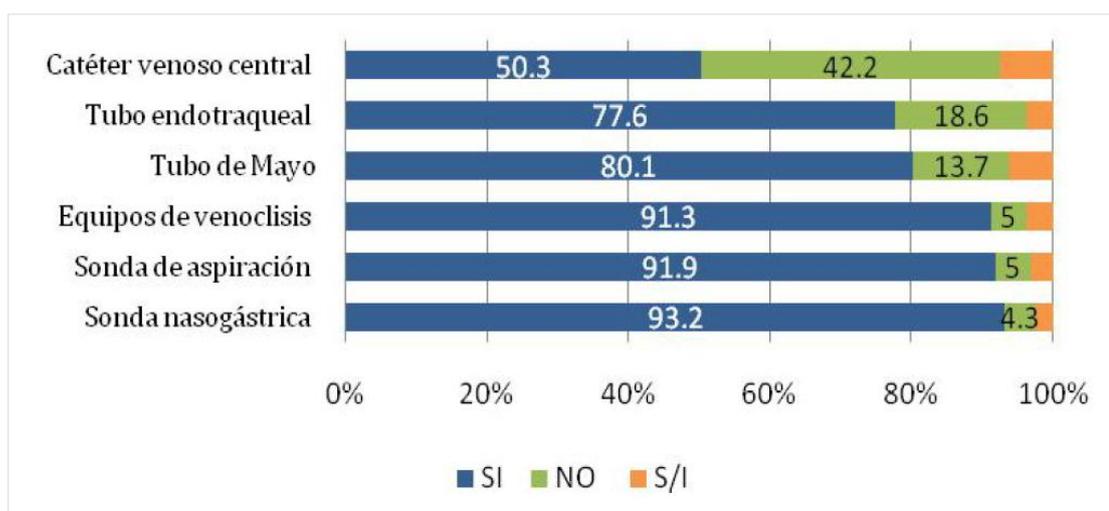


Figura 74. Insumos básicos de hospitalización de cirugía.
Tomado de “Informe N°161: Camino al Aseguramiento Universal (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales” por Defensoría del Pueblo, 2013. Recuperado de:
http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/dp_281013_0004.pdf

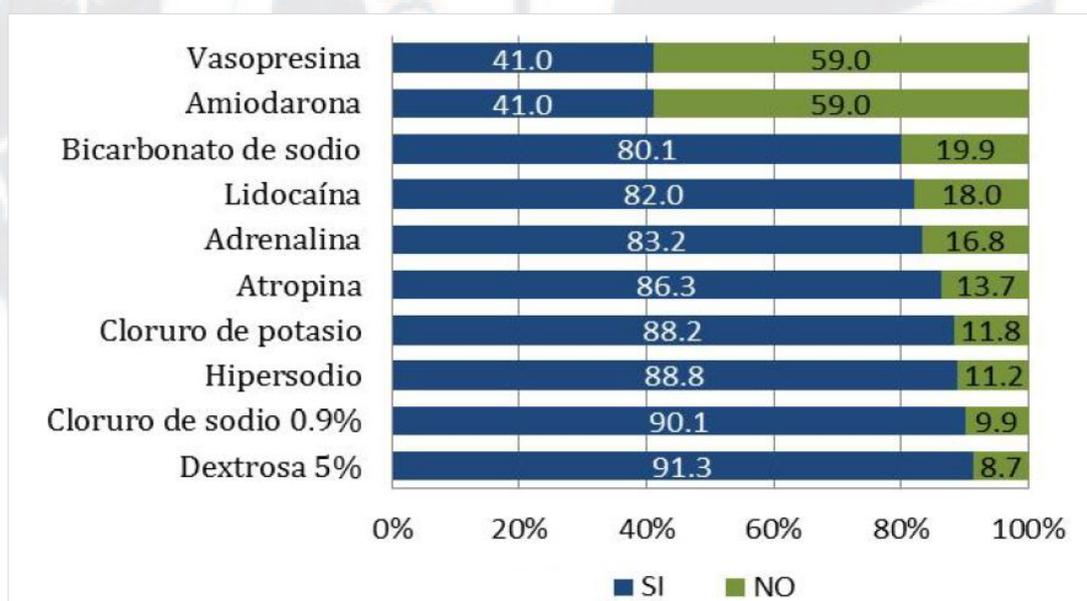


Figura 75. Medicamentos en áreas de hospitalización de cirugías supervisadas.
Tomado de “Informe N°161: Camino al Aseguramiento Universal (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales” por Defensoría del Pueblo, 2013. Recuperado de:
http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/dp_281013_0004.pdf

La gestión de los medicamentos también es crítica, un buen indicador son los medicamentos del coche para paro cardiorrespiratorio, pues son usados en pacientes próximos a ser intervenidos quirúrgicamente o quienes han sido sometidos a una intervención, según señala la Defensoría del Pueblo, es preocupante que en promedio

el 22% carezca de alguno de los medicamentos básicos en algún porcentaje, el detalle se observa en la Figura 75.

La Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES), señala según su visión y misión, que es responsable de gestionar el abastecimiento de recursos contribuyendo al adecuado acceso de la población, asegurando la disponibilidad, calidad y mejores condiciones del mercado, a través de la programación, monitoreo, adquisiciones, gestión de almacén y distribución. Sin embargo, según la información expuesta, no está logrando sus objetivos en forma efectiva. Los procesos de compra se ven afectados por retrasos en los procesos de licitación, procesos de selección de proveedores que brindan un trato preferencial a los productores peruanos y no promueven al competencia por precios y calidad, otros problemas adicionales son la falta de regulación y estandarización de los procesos.

Los procesos de adquisición de bienes y servicios están regulados por la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, según D.L. N°1017, y la supervisión de estos procesos es responsabilidad del Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (OSCE), las etapas de los procesos de adquisición son públicas y deben ser registradas en el portal del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (SEACE).

Una de las iniciativas del MINSA a través de DARES, para mejorar la gestión de abastecimiento, es el programa para la Gestión de Abastecimiento de Recursos Estratégico de Suministro Centralizado, que inició operaciones a inicios del 2013 y que tiene como función principal la integración del monitoreo de la distribución de bienes y servicios públicos, brindando información en línea sobre la distribución efectuada por la DARES, DISA y DIRESA a nivel producto, dependencia; así como los niveles de stock y de ingreso de nuevos productos farmacéuticos.

Calidad y estandarización de procesos. Según el artículo 28 de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud - MINSA, tiene entre sus principales objetivos funcionales, (a) brindar asistencia técnica en la implementación de Modelos de Atención Integral de Salud y del Sistema de Gestión de la Calidad en la Atención de Salud a las Direcciones de Red de Salud y Hospitales, (b) Diseñar, ejecutar y asesorar en la elaboración y en la ejecución de proyectos para la mejora de la calidad., (c) Conducir y evaluar los procesos de auditoría de calidad en salud en la jurisdicción, (d) Monitorear estándares e indicadores de la calidad en la jurisdicción.

Tabla 37 Implementación de sistema de reporte y análisis de eventos adversos

Implementación de sistema de reporte y análisis de eventos adversos

Total/ Dependencia		¿El EE.SS. ha implementado un sistema de reporte y análisis de eventos adversos?		
		SI	NO	S/I*
Total	Q	108	43	10
	%	67.10%	26.70%	6.20%
EsSalud	Q	47	10	2
	%	79.70%	16.90%	3.40%
Minsa	Q	9	0	0
	%	100%	0%	0%
Diresa	Q	52	33	8
	%	55.90%	35.50%	8.60%

Nota. Tomado de “Informe N°161: Camino al Aseguramiento Universal (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales” por Defensoría del Pueblo, 2013. Recuperado de: http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/dp_281013_0004.pdf

Para cumplir los objetivos de calidad, las organizaciones en general tienen como recurso básico la información estadística, pues con ella se identifican los puntos más críticos de la operación, a los que se le aplican indicadores de gestión para monitorear su evolución, estandarizar procesos y poder tomar medidas de acción, ya sea preventivas o correctivas. Lamentablemente, el Sector Salud carece de un sistema de información nacional integrado, prueba de ello es que el 26.7% de los centros hospitalarios supervisados por la Defensoría del Pueblo, no cuenta con un sistema de registro de información (Defensoría del Pueblo, 2013), según muestra la Tabla 37.

El MINSA viene desarrollando diferentes proyectos de estandarización en la información así, como programas de capacitación de calidad en salud que incluyen indicadores de hospitalarios, cubriendo aspectos de calidad técnica, humana y del entorno. Los principales indicadores hospitalarios estandarizados son: rendimiento hora médico, utilización de consultorios físicos, concentración de consultas, grado de cumplimiento de hora médico, porcentajes de pacientes en sala de observación con estancias iguales o mayores a 24 horas, tasa de reingresos a emergencia menor a 24 horas, promedio de tiempo en espera en emergencia, promedio de permanencia, porcentaje de ocupación cama y rendimiento cama.

Otro de los problemas asociados a la calidad en el servicio son los recursos humanos insuficientes, tal como se observa en la Figura 45, la cantidad de personal profesional es limitada y esto impacta directamente en la calidad del servicio, como se tratará y analizará a fondo en el punto 4.1.5, recursos humanos.

4.1.4. Finanzas y contabilidad (F)

La OMS propone el nivel de financiamiento asignado al Sector Salud en un 7% del PBI, sin embargo su aplicación varía en función de la situación económica de cada país. La OMS recomienda incrementar el gasto en salud a través del cambio en la estructura de los presupuestos de gobierno. En el 2005 se hizo un análisis según el Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud, que arrojaba sólo un 4.7% del PBI asignado a salud, muy bajo en comparación con el 7.5% de la región, y se hicieron acuerdo entre los partidos participantes para incrementar anualmente este porcentaje; sin embargo, como se ve en la Figura 11, Perú aún no supera el 6% del PBI.

Otro indicador es el gasto en salud per cápita, que incluye los gastos en salud pública y privada en servicios preventivos y curativos, y que en el Perú asciende a US\$289; siendo su principal financiador los hogares peruanos, según sus necesidades

en salud, principalmente en farmacias y boticas (40.1%), prestadores privados de salud (43.3%) y prestadores públicos de salud (11.6%) (CCL, 2013).

La cantidad de huelgas y protestas en contra del gobierno por la falta de recursos en los hospitales y bajos sueldos al personal asociado al sector durante todo el año 2013, generó el anuncio por parte de la Ministra de Salud con el respaldo del MEF, que pretenden incrementar en 50% el presupuesto del sector en los próximos años (MINSA, 2013g). En efecto, el presupuesto nacional aprobado para el año 2014, considera S/. 6,308.1MM para el sector, este monto representa un incremento de 22% respecto al año 2013, considerando además que el presupuesto público total se incrementó sólo en un 9.7%.

De la cantidad presupuestada la asignación a cada institución es la siguiente: MINSA S/. 4,560.3mm, Instituto Nacional de Salud S/. 132.4 MM, SUNASA S/. 25.7MM, SIS S/. 1,392.3 y el INEN S/. 197.4MM. (Educación en Red, 2013).

Por último el Sector Salud debe mejorar su capacidad de ejecución de presupuesto, en los años 2011 y 2012, sólo ejecutó un 80% en promedio del total presupuestado y según información del MINSA, hasta el cierre del segundo semestre del 2013 en promedio se había ejecutado un 42% del presupuesto del sector. Los programas presupuestales con mejor ejecución fueron el de Personal y Obligaciones Sociales, Pensiones y Otras Prestaciones y Otros Gastos. Los programas presupuestales con menor ejecución de presupuesto fueron Bienes y Servicios, Donaciones y Transferencias y por último Adquisición de Activos No Financiero.

4.1.5. Recursos humanos (H)

De acuerdo con D'Alessio (2013.), el recurso humano, el cual moviliza a todos los recursos tangibles e intangibles, es el recurso más valioso de la organización, siendo también el menos predecible y de mayor volatilidad.

En la supervisión realizada por de la Defensoría del Pueblo en el 2013, se encontraron varios factores relacionados a recursos humanos que hacen que el sistema de salud no sea el más adecuado. Indicaciones como la falta de personal en el Hospital María Auxiliadora del GR de Amazonas o el Hospital Regional Honorio Delgado del GR de Arequipa; otros casos son que a pesar de haber plazas abiertas, la falta de postulación por la baja remuneración no logra captar los recursos humanos necesarios como es el caso del Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias del GR de Loreto o el Hospital de Ventanilla del GR del Callao; o en otros casos no existía suficiente personal de reemplazo cuando los médicos especialistas se encontraban de descanso como es el caso de Hospital del Regional del GR de Pucallpa.

En otros casos como es el del Hospital III de Yanahuara de EsSalud, el traslado de profesionales a otras zonas ha dejado sin algunos servicios esenciales a los pacientes como ecografías, afectando la oportunidad del diagnóstico y tratamiento. Este problema también llega a derivar en falta de personal administrativo y en algunos casos los médicos especialistas tienen que cubrir esta función. Según la Defensoría del Pueblo (2013), solo el 75% de hospitales cuentan con personal permanente de emergencia, y solo el aproximadamente 50% de ellos se encuentra de manera exclusiva a esta función, debido a la falta de personal sea por no contar con el presupuesto o no tener plazas atractivas con respecto a la remuneración (Defensoría del Pueblo, 2013). Es necesario analizar la calidad profesional del componente recursos humanos en salud; Según el Foro Económico Mundial (FEM), el Perú quedó en el puesto 75 de 122 del índice de capital humano dentro del ranking (FEM, 2013). Otro indicador más específico que evalúa el nivel profesional de la salud, es el ranking 2013 de la Organización *Scimago Institutions*, donde La Universidad Peruana Cayetano Heredia está en el puesto 2,160 con 964 publicaciones; mientras la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos se ubica en el puesto 2,476 con 606 publicaciones, siendo el primer puesto en el ranking el Centre National de la Recherche Scientifique, de Francia con 215,261 publicaciones (SIR, 2013).

Tabla 38

Comparación entre personal del Ministerio de Salud y EsSalud, 2009

	Primer Nivel				Promedio			
	Minsa	EsSalud	EsSalud -Minsa	EsSalud / Minsa	Minsa	EsSalud	EsSalud -Minsa	EsSalud / Minsa
Médico	43 212,4	51 588	8 375,6	1,2	47 300,2	57 044,0	9 743,8	1,2
Cirujano dentista y Químico farmacéutico	21 268,0	43 300	22 032,0	2,0	21 560,0	46 948,0	25 388,0	2,2
Lic. enfermería, obstetricia, psicología y biología	21 268,0	36 100	14 832,0	1,7	21 560,1	43 300,0	21 739,9	2,0
Lic. nutrición y trabajo social	2 0225,9	27 140	6 914,1	1,3	20 397,9	32 258,3	11 860,4	1,6
Técnico de enfermería y técnico administrativo de apoyo	17 570,5	20 420	2 849,5	1,2	17 649,9	24 020,0	6 370,1	1,4
Auxiliar administrativo y auxiliar de servicio asistencial	17 370,7	17 860	489,3	1,0	17 372,8	19 660,0	2 287,2	1,1

Nota. MINSa: Régimen 276, EsSalud: Regímenes: 276 y 728, según salario anual percibido (en nuevos soles) en el primer nivel remunerativo y en promedio. * Los salarios promedio de los Lic. en Nutrición y los Lic. en Trabajo Social son diferentes en EsSalud (S/. 329 anuales o S/. 27,4 mensuales a favor de los licenciados en nutrición), por lo que se tomó el promedio entre ambos. * Los salarios promedio de los técnicos de enfermería y los técnicos administrativos de apoyo son diferentes en el MINSa (S/. 158,7 anuales o S/. 13,2 mensuales a favor de los técnicos de enfermería) por lo que se tomó el promedio entre ambos. * Los salarios promedio de los auxiliares administrativos y asistenciales son diferentes en el MINSa (S/. 4,2 anuales o S/. 0,35 mensuales a favor de los asistenciales) por lo que se tomó el promedio entre ambos. Tomado de "Remuneraciones, Beneficios e Incentivos Laborales Percibidos por Trabajadores del Sector Salud en el Perú: análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, 2009", por K. Pardo, M. Andía, A. Rodríguez, W. Pérez & B. Moscoso, 2011 *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), pp. 342-351. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a29v28n2.pdf>

Con respecto a las remuneraciones, en base al informe Remuneraciones, Beneficios e Incentivos Laborales Percibidos por Trabajadores del Sector Salud en el Perú: análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social 2009 (Pardo, Andía, Rodríguez, Pérez, & Moscoso, 2011), tal como se muestra en la Tabla 38, se puede deducir la diferencia que existe en remuneraciones y beneficios entre EsSalud y MINSa es entre 20% a 100%, con lo cual la brecha genera problemas y manifestados en esta sección de falta de personal por no interés en las condiciones presentadas en los hospitales regionales. Comparando estos niveles presentados con

respecto a los salarios en España anuales en promedio de aproximadamente S/. 200,000 soles al tipo de cambio actual, es decir casi 4 veces más de la escala máxima de EsSalud. Esto viene generando repetitivas huelgas de personal médico e incluso administrativo del Sector Salud, perjudicando a los pacientes de recursos más bajos.

4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I)

Los sistemas de información son el soporte esencial para el desarrollo y mejora de los procesos y procedimientos actuales del Sector Salud. A través de los sistemas de información se puede hacer que el sector se vuelva mucho más eficiente reduciendo trabajos o tareas repetitivas, desarrollando soluciones que permitan llevar un mejor control de la información que se genera dentro del Sistema de Salud Nacional. La información es un variable muy importante para medir, controlar y gestionar los recursos involucrados dentro del sector. Es importante recalcar que hablar de información no es lo mismo que hablar de datos, se pueden tener millones de datos pero si estos datos no son convertidos en información, realmente no serían relevantes, ya que no servirían como soporte al proceso de la toma de decisiones.

En el caso de la salud los sistemas de información brindan un soporte desde diferentes perspectivas, por ejemplo, tener un sistema integrado que permita registrar y medir la información de los principales indicadores del sector es importante para medir como es que realmente está funcionando las estrategias que se ejecutan sobre el país. De la misma manera tener sistemas de información integrados a través de los diferentes organismos pertenecientes al sector, tanto privados como públicos, otorga una gran ventaja con el objetivo de tener información integrada, confiable, eficiente, no redundante y oportuna en el momento que se necesite.

Por ejemplo, existen muchas oportunidades en sistemas de información para mejorar el proceso de servicio en salud que es dirigido por el MINSA. Se pueden

realizar mejoras creando sistemas únicos que permitan registrar la historia de los pacientes; asimismo, crear un portal integrado para acceder a través de internet y así asegurar que los usuarios sepan exactamente las diferentes posibilidades de cobertura y los planes que el gobierno en conjunto con las otras entidades viene desarrollando. Las atenciones e incidencias en salud deberían estar centralizadas de manera transversal por los hospitales, clínicas o locales que dan el servicio al país, consolidando la integración vertical y horizontal entre las distintas instituciones.

Actualmente en el Perú, la Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) es el organismo encargado de centralizar y administrar los diferentes sistemas de información existentes en el Ministerio de Salud. A través del OGEI se están desarrollando estándares de registro, en este sentido, uno de los aportes más importantes para la mejora de los sistemas de información en el Sector Salud, es el aprovechamiento de la tecnología basada en internet (INS, 2012).



Figura 76. Evaluación del Sistema de Información Rutinaria de la Dirección de Salud V Lima
Fuente: Vargas J, et al. (2009). Tomado de "Revista Peruana de Epidemiología: Evaluación del Sistema de Información Rutinaria de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad" por MINSA, 2010. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/oegi/conferenciaops/Recursos/3.pdf>

En la Figura 76 se puede apreciar que de las principales evaluaciones que se hicieron sobre una muestra los sistemas de información de Lima, evaluaciones rutinarias, donde ninguno de ellos llegó al estándar del 80% lo cual evidencia que los sistemas de información no cumplen realmente con lo que el personal dentro del sistema de salud necesita para hacer más eficiente la operación. Los aspectos más débiles son la supervisión con un 38%, la capacitación con un 33% y las finanzas con un 20% (Vargas, Reyes, Rantes, Aquino, & Asca, 2010).

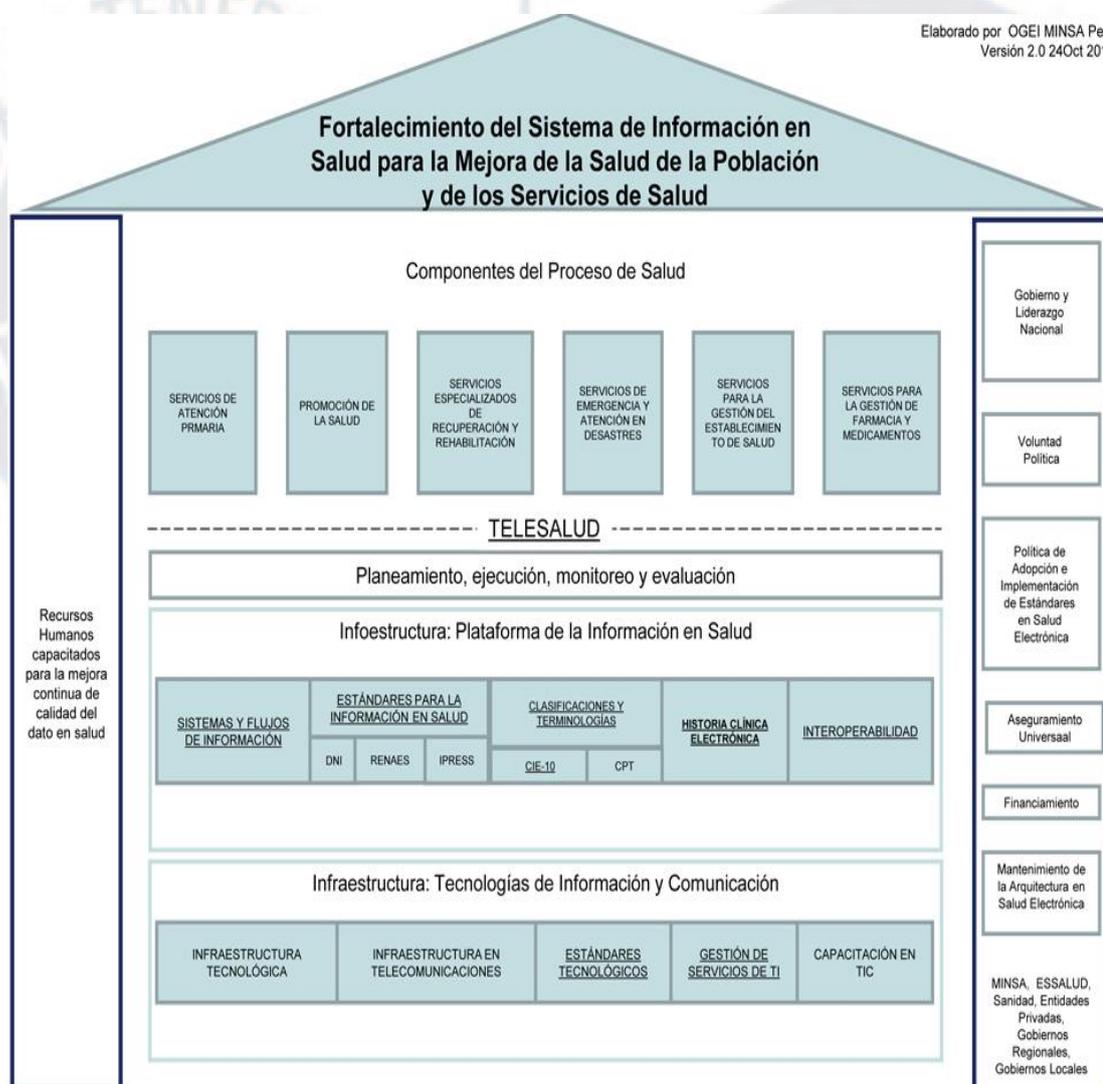


Figura 77. Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud
Tomado de “Lineamientos para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud en el Perú: La Visión de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA” por MINSA, 2011c. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/oegi/conferenciaops/Recursos/DrWCurioso_Presentacion_17_Nov_Final.pdf

En la Figura 77 se puede apreciar el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud para la Mejora de La Salud de la Población. Asimismo, a través de la misma aprecia los diferentes componentes del Proceso de la Salud y como los sistemas de información y la infraestructura tecnológica y de comunicaciones dan el soporte necesario para cubrir las necesidades en el servicio de la salud (MINSa, 2011c). Además, se puede apreciar la cobertura que realiza TELESALUD, que tiene como finalidad contribuir a la descentralización e integración del sistema de Salud del país. Así mismo, tiene como objetivo general, regular mediante disposiciones técnico administrativas las aplicaciones de tecnología en la gestión y acciones de información, Educación y Comunicación en los servicios de Salud. (MINSa, 2008).

De la misma manera, el MINSa también ha establecido otra directiva administrativa para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica. Esta directiva que estará soportada por los sistemas de información del Ministerio de Salud tiene como finalidad la integración definitiva del Sistema Nacional de Salud, teniendo como objetivo establecer las condiciones para el uso de la historia clínica electrónica, estándares de interoperabilidad y las especificaciones a las que obligatoriamente deben estar sujetas las instituciones prestadoras de servicios de salud (MINSa, 2011a). Finalmente, otro de los sistemas de información es una herramienta laboral que sirve para el registro diario de la atención y consultas en salud, esta es el Sistema de Información en Salud – HIS (Health Information System).

4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T)

Según el World Report 2013 del SIR, que mide la producción en investigación científica en el mundo, la universidad Peruana Cayetano Heredia aparece en el puesto 2160, retrocediendo 124 posiciones con respecto al año pasado. También aparece la

Universidad San Marcos un poco más rezagada en el puesto 2476. Asimismo, el MINSA aparece en la posición 2616.

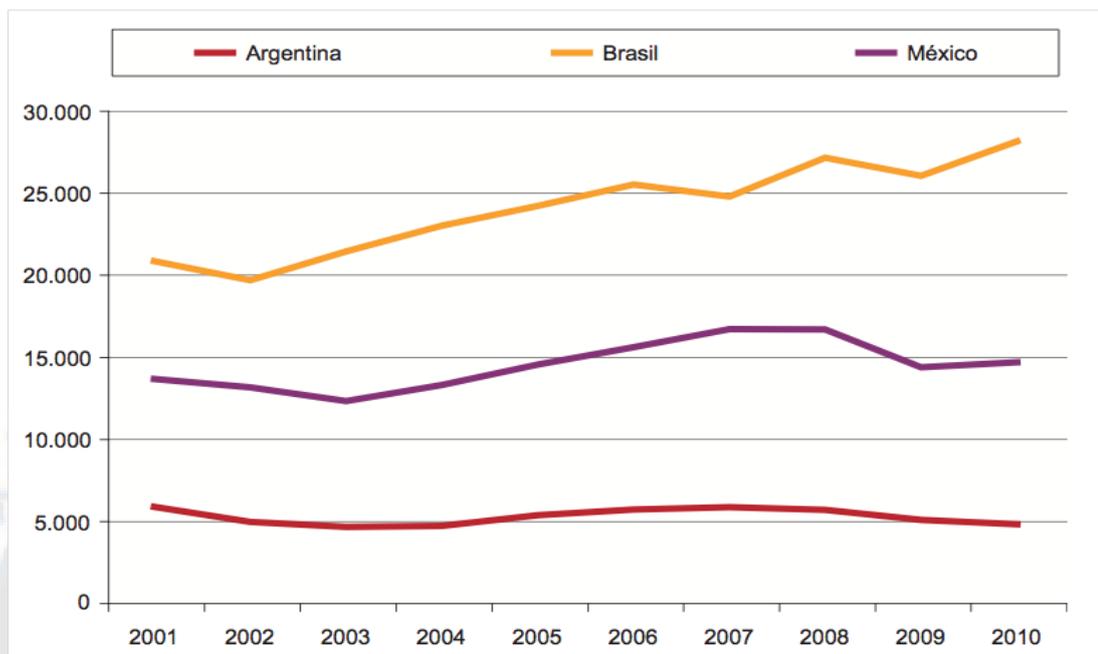


Figura 78. Solicitudes de Patentes, 2001-2010.

Tomado de "El Estado de la Ciencia 2012" por Red de indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), 2013. Recuperado de http://www.rieyt.org/files/1_1_Estado_de_la_Ciencia_en_imagenes%282%29.pdf

Por otro lado, también existen otros indicadores interesantes que permiten medir el grado de innovación y desarrollo de los países de la región, en la Figura 78 se puede visualizar el volumen de patentes generado a través de algunos países de la región. Se puede apreciar que Brasil por ejemplo paso de generar 20,000 patentes en el 2001, a generar cerca de 30,000 en el 2010, de la misma manera se puede apreciar que en el caso de Argentina no se muestra un crecimiento sostenible, sino más bien decreciente (RICYT, 2013).

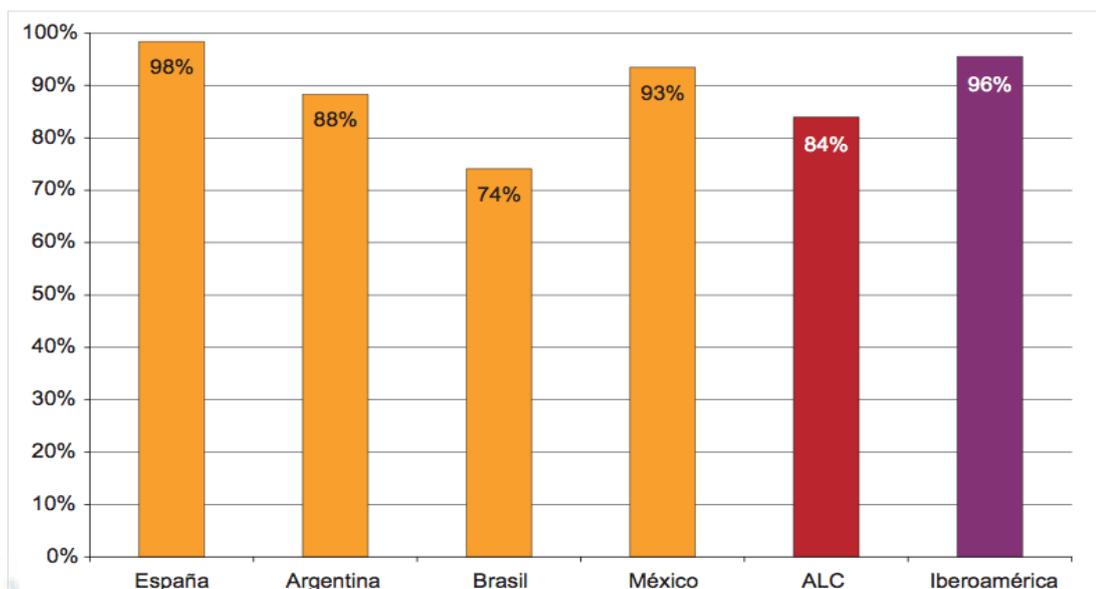


Figura 79. Solicitudes de Patentes por no Residentes en relación al total de solicitudes. Tomado de “El Estado de la Ciencia 2012” por Red de indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), 2013. Recuperado de http://www.ricyt.org/files/1_1_Estado_de_la_Ciencia_en_imagenes%282%29.pdf

Si bien es cierto existe un crecimiento en la generación de patente en la región de Iberoamérica, la mayoría de estos registros de patentes corresponden a empresas foráneas que buscan proteger sus productos y marcas en los distintos países donde empiezan a tener una operación. Por ejemplo, según se aprecia en la Figura 79, el 98% de las patentes solicitadas en España están en manos de no residentes, es decir de empresas foráneas que buscan proteger sus intangibles. Lo que demuestra que la verdadera creación de valor aún se concentra en otras partes de la región como Norte América y Europa.

El Perú, en lo que respecta a Investigación y Desarrollo (I&D), aún se encuentra muy por debajo del promedio de la región y continua rezagado. Según Gustavo Crespi, especialista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Perú se encuentra rezagado en materia de competitividad e innovación a pesar que en el 2013 la inversión destinada subió de 0.11% a 0.23% del PBI. Crespi explicó que “un 31% de empresas encontró problemas de costos y financiamiento, y un 21% consideró que

se debe a la falta de personal calificado” (Crespi, 2013). De la misma manera, como se revisó en el Capítulo III, el CONCYTEC es el organismo encargado de promover y gestionar los proyectos de investigación y desarrollo en el Perú.

4.2. Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)

Tabla 39

Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Fortaleza			
1 Implementación del SIS y convenios para lograr Aseguramiento Universal	0.10	3	0.30
2 Implementación del Plan Nacional Concertado de Salud	0.10	3	0.30
3 Existencia de un Sistema de regulación y control.	0.06	4	0.24
4 Programas de Planificación Familiar y Prevención de ETS	0.06	3	0.18
5 Descentralización de la gestión a través de los organismos regionales	0.05	4	0.20
6 Clinicas del sector privado con tecnología actualizada	0.03	4	0.12
Subtotal	0.40		1.34
Debilidades			
1 Insuficiente aseguramiento en salud	0.10	1	0.10
2 Poca descentralización de los servicios de salud	0.08	1	0.08
3 Ausencia de un Sistema de Gestión de Calidad	0.07	1	0.07
4 Ausencia de un Sistema de Cadena de Abastecimiento integrada y eficiente	0.05	1	0.05
5 Falta de planificación y cumplimiento del presupuesto	0.05	1	0.05
6 Sistema de Información no Integrada	0.05	2	0.10
7 Escasa Infraestructura y equipamiento a nivel nacional	0.05	1	0.05
8 Escaso acceso a los servicios básicos en los hospitales	0.04	1	0.04
9 Nivel de educación de recursos humanos	0.04	2	0.08
10 Bajo nivel de presupuesto designado para el sector	0.04	2	0.08
11 Falta de investigación científica e innovación	0.03	2	0.06
Subtotal	0.60		0.76
Total	1.00		2.10

Nota. Valor 4 Fortaleza mayor, 3 Fortaleza menor, 2 Debilidad menor y 1 Debilidad mayor

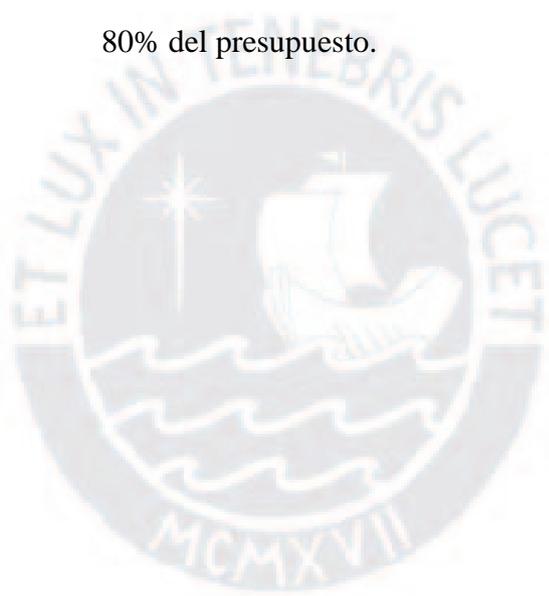
4.3. Conclusiones

Del análisis AMOFHIT se concluye que una de las cifras más preocupantes es que cerca del 40% de los hospitales no cuenta con electrocardiograma, a pesar que la tercera causa de mortalidad en el Perú son las enfermedades relacionadas al corazón ni cuenta con desfibrilador (equipo necesario para tratar paros cardiorrespiratorios), siendo la segunda causa de mortalidad en el Perú las enfermedades relacionadas al aparato respiratorio. Estas deficiencias de infraestructura tienen un origen de fondo mayor, al tener problemas de gestión en licitaciones, la cuales no permiten una apertura totalmente competitiva de los participantes. Dentro de estas deficiencias también se puede indicar la falta de recursos humanos, no necesariamente por falta de disponibilidad de profesionales, sino derivada de las pocas atractivas remuneraciones para captar profesionales, con mayor intensidad en las zonas más alejadas donde las condiciones ameritan una mayor remuneración. Asimismo, no sólo el problema es la cantidad, sino también la calidad de los profesionales, teniendo un nivel muy bajo de publicaciones, lo cual denota la falta de investigación y desarrollo en el país, diferente al caso de Brasil y Argentina que si desarrollan patentes con proyección.

Todos estos problemas serían analizados más adecuadamente en reportes derivados de un sistema de información estadística integrado, con ello se puede tomar decisiones más efectivas, con medición remota de las estadísticas e indicadores. En ese efecto, el MINSA viene desarrollando esfuerzos en la integración de los sistemas; sin embargo, sin la presencia de registros de una gran participación de hospitales a nivel nacional, esta integración se vería truncada por falta de información y mantenimiento de esta.

Finalmente lo más preocupante es con respecto al financiamiento de todas estas necesidades para un servicio de calidad. La OMS recomienda un 7% de

inversión con respecto al PBI en el gasto en salud, y este debe ser a través del cambio en la estructura de los presupuestos de gobierno. Sin embargo el Perú va en aproximadamente 5%, uno de los más bajos de la región. Como referencia, el gasto per cápita de los peruanos en salud es de 289 USD, siendo el promedio de la región en USD 700 aproximadamente. Sin embargo, la solución no solo consiste en un incremento del presupuesto al Sector Salud, es claro que es necesario una adecuada gestión del uso del presupuesto al denotar que para el año 2012, solo se hizo uso del 80% del presupuesto.



Capítulo V: Intereses del Sector Salud y Objetivos de Largo Plazo

5.1. Intereses del Sector Salud

Considerando las evaluaciones a las matrices previas, se elabora la lista de intereses del Sector Salud que a continuación se describen:

- Garantizar el aseguramiento universal para toda la población.
- Descentralización y optimización de los servicios médicos, infraestructura y equipo.
- Incrementar el ratio de médicos por cada 10,000 habitantes a niveles eficaces.
- Reducir la morbimortalidad materno e infantil.
- Incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Generar una política de prevención de enfermedades en la población peruana.
- Promover la investigación y desarrollo en el sector.

5.2. Potencial del Sector Salud

Dominio demográfico. Conforme a lo desarrollado en el Capítulo I, el Perú se encuentra en un bono demográfico, que viene siendo generado por la maduración de la población, que era, en su mayoría menor a 15 años. Como expresa la OIT:

La tasa de crecimiento poblacional ha ido disminuyendo notablemente durante las últimas tres décadas, pasando de 2,8% anual, en los años ochenta, a 1,2% anual, durante la primera década de los años 2000. Asimismo, las proyecciones demográficas establecen que este descenso se prolongaría en el tiempo, ya que para mediados del siglo XXI la tasa de crecimiento anual sería de 0,3%... En las últimas décadas, la población peruana registra un importante descenso en su Tasa de Fecundidad Global (TFG), con una consecuente reducción en el número de nacimientos por mujer en edad fértil. Durante el

quinquenio 1950-1955, la TFG era de 6,85 hijos por mujer, mientras que en el período 2005-2010 descendió a 2,6 hijos por cada mujer. (OIT, 2013)

Asimismo, según la proyección del INEI en el año 2006, se seguirá teniendo una proporción aproximada de 75% urbana y 25% rural, con estimaciones a que esta última siga reduciendo (INEI, 2013b).

En resumen, la población peruana está iniciando su proceso de envejecimiento moderado, con una tendencia a urbanizarse cada vez más, lo que significa, que si bien, actualmente tiene el beneficio de un bono demográfico, este se ira moviendo hacia edades mayores, con lo cual la población económicamente activa, que es el grupo aportante, pasará a ser una carga para el sector, con lo cual se hace necesario dirigir las estrategias a cubrir esta futura situación.

Dominio geográfico. Si bien cierto, como lo explica la Figura 25, el 30% de la población se encuentra concentrada en Lima, se hace necesario, en pro de cumplir con el aseguramiento universal de la salud, incrementar y mejorar la infraestructura, equipos y recursos humanos médicos a nivel nacional.

En este sentido, el 14 de diciembre del 2002, mediante Ley N° 27876, se crea el Programa Nacional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento, conocido como PRONIEM, como ente técnico responsable de conducir y ejecutar a Nivel Nacional Proyectos de Inversión de Mantenimiento, conservación de Equipos e Instalación de Servicios de Salud.

Una debilidad importante en este objetivo de alcanzar la distribución equitativa y universal de la salud es la geografía peruana y la infraestructura de comunicaciones y carreteras que no es la más óptima para facilitar los accesos a la zona sierra y selva principalmente. Como se aprecia en la Tabla 3, la distribución de centros de salud es variable, teniendo ratios tan bajos como el caso de Lima con 1.33

por cada 10,000 habitantes, a diferencia de Madre de Dios que llega a ratios de 10.09, sin embargo en el reporte de supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo (2013), se encuentra que estos centros de salud se encuentran con deficiencia de infraestructura y personal, con lo cual se pierde productividad en la capacidad instalada.

En esta situación, se trata de realizar un trabajo conjunto con el Ministerio de Transporte y Comunicaciones para las mejoras de los accesos, Ministerio de Vivienda en programas de construcción conjunta así como con los gremios empresariales en pro de aplicar obras por impuestos.

Dominio económico. Al año 2010, según la Figura 11, el Perú tenía una de las bajos gastos totales en salud con respecto a su PBI de la región, esto es 5.1%, solo superando a Bolivia (4.3%) y Venezuela (4.9%). El promedio de la región está en 7.6% con rasgos esperados de 7% a 9% (OIT, 2013). Asimismo, el gasto per cápita en la región está un promedio de 845 USD mientras que el Perú al 2010 según lo informado por el Banco Mundial estaba en 302 USD, continuando con su tendencia de estar entre los más bajos de la región (Banco Mundial, 2011).

Según el reporte de Seguimiento del Presupuesto al mes de diciembre 2012, el Sector Salud cerró al 89%, mostrando que es viable mayores oportunidades de realizar acciones de mejora, con lo que se concluye que es necesario un incremento presupuestal acorde a la región pero también una mejor planificación de ejecución del presupuesto.

Dominio Tecnológico-Científico. En el ámbito tecnológico y en los sistemas de información existen oportunidades para realizar mejoras que permitirán a los procesos del servicio de salud ser más eficientes. Si bien es cierto que la implementación del Sistema Integral de Salud generó un gran avance dentro del país,

lo que ahora se necesita en el sector, es empezar a desarrollar integraciones tanto horizontales (a través de los diferentes subsectores de Salud) como verticales (propios de la cadena de valor). Esta integración permitirá entre otras cosas, tener información oportuna y centralizada de lo que realmente se genera a través de todo el Sistema de Salud. Por ejemplo, la integración de la identificación única de los pacientes a través de las distintas entidades prestadoras de servicio es una necesidad inmediata que le daría grandes ventajas y oportunidades al sistema. De la misma manera la creación de la historia única electrónica también permitirá generar muchas eficiencias con el objetivo de tener una información transversal a los organismos que componen la estructura de la salud.

Para poder llegar a la tan ansiada integración, es necesaria la creación de una propuesta técnica y sistémica que permita implementar estas interfaces entre los diferentes sistemas de información que ya existen en el Sector. Por otro lado, iniciativas como la Telesalud evidencian que el Gobierno ya empieza a poner su foco en el soporte tecnológico como un habilitador estratégico para el logro de los objetivos de la Salud. La Telesalud permite llevar la Salud (capacitación, información, procedimientos) a zonas remotas o de complejo acceso, a través del soporte tecnológico brindado por las nuevas tecnologías de redes, como el Internet.

En el caso de la investigación y el desarrollo, el Perú aún se encuentra en una fase muy precaria en comparación a otros países de la Región, esto de alguna manera se ve reflejado en el poco presupuesto que es destinado por parte del Estado a esta actividad. Los principales inconvenientes para que el país empiece a avanzar en innovación son: la poca inversión pública y privada, la poca capacitación o nivel educacional que se tiene para ir hacia la innovación y el poco alineamiento que existe

entre las universidades o centros de estudios y las empresas, que son principalmente quienes usan y emplean los productos de la innovación.

Así mismo, es importante mencionar que la consolidación de estadísticas y uso de información para la toma de decisiones se encuentra correctamente centralizada por la OGEI. Encontrar estadísticas e información de la salud es posible gracias a la disponibilidad de información que este organismo brinda para el público en general debido la información es uno de los principales insumos para la elaboración del plan estratégico.

Dominio Histórico-Psicológico-Sociológico. Las actividades destinadas a preservar la salud tienen su origen con la institución del real Tribunal de Protomedicato en 1568. Este tribunal tenía como misión garantizar el correcto ejercicio de la medicina, combatir el empirismo, el funcionamiento de las boticas, entre otras funciones. En 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, encargada de controlar las normas de salud, pero recién durante el gobierno de Andrés Avelino Cáceres, seis años después que se pone en vigencia el Reglamento General de Sanidad. Estas juntas constituyeron el primer intento de administración descentralizada. En 1898 se establece la vacuna antivariólica como obligatoria, hecho que posteriormente genera la creación del Instituto Nacional de Salud. La obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, mientras que el 05 de Octubre de 1935 fue promulgado el D.L. 8124 que crea el ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social (MINSa, 2013h).

Entre los hospitales más emblemáticos destacan el Hospital Dos de Mayo, inaugurado en 1875, el mismo que llegó a ser uno de los más modernos de América Latina. Pero no fue hasta el año 1974 que los hospitales pasaron del control de la

Beneficencia Pública al MINSA (Salaverry & Cárdenas-Rojas, 2009). Algunos de los principales hospitales del Perú son: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima), Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima), Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” (Lima), Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” (Callao), Hospital Nivel IV Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud (Lima), Hospital Nivel IV “Guillermo Almenara Irigoyen” (Lima), Hospital Militar Central Nivel III “Coronel Luis Arias Schreiber” (Lima), Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” (Callao), Instituto Nacional de Salud del Niño (Lima), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN (Lima).

Hoy en día se cuentan con diversos hospitales en el Perú, teniendo una concentración muy marcada en Lima y Callao. La mayoría de hospitales están destinados para la población que vive en la capital, tal es así que en el interior del país la oferta de brindada a través de instituciones prestadoras de salud no es suficiente, generando así una demanda insatisfecha. El problema no solamente se queda en la concentración de los hospitales, la antigüedad de estas infraestructuras hace que esto también sea vuelva un punto crítico de revisión por parte del Estado.

Dominio Organizacional-Administrativo. En lo que refiere al Dominio Organizacional- Administrativo, la estructura del Sector Salud está compuesta por diferentes actores o agentes lo cuales se dividen en 2 subsectores: el público y el privado. Existe una amplia diversidad de entidades responsables de la prestación de la salud lo que dificulta la estandarización y homologación de los procesos e inclusive hace más difícil la comunicación final de cómo funciona el sistema a la población.

Una ventaja importante que existe desde el lado de la Gerencia y la Administración es que la disponibilidad de información ha permitido identificar cuáles son los problemas fundamentales de la Salud en el Perú, esto a su vez ha hecho

posible que hoy día el MINSA ya tenga un plan estratégico en la búsqueda de los objetivos que permitan a la Salud estar un mejor nivel, buscando la mejora de indicadores básicos como la tasa de mortalidad infantil y materna, la esperanza de vida, el gasto en salud como porcentaje del PBI, entre otros indicadores. En consecuencia de esto, uno de los planes más importantes que logró el MINSA hace algunos años fue el Plan Nacional Concertado de Salud, el cual logró centralizar esfuerzos e iniciativas de los distintos actores que intervienen en el Sistema de la Salud logrando sinergias para darle prioridad a los temas más importantes del país. Este plan no solo logra una concertación de los distintos agentes, sino que también marca la pauta de las prioridades Nacionales del Sistema de Salud que a su vez se alían a los Objetivos del Milenio. En otras palabras obtiene sinergias, reduce el doble esfuerzo y crea una estrategia nacional de las cosas más importantes que hay que realizar en el país dentro del Sector.

5.3. Principios Cardinales del Sector Salud

Los principios cardinales hacen posible reconocer las oportunidades y amenazas para una organización y su entorno (D'Alessio, 2013).

Influencia de terceras partes. Tal como se concluyó en la propuesta de intereses nacionales y en el análisis competitivo del país, al ser el Sector Salud un sector que impacta en toda la población, se comporta como un eje de desarrollo para el desarrollo de objetivos e intereses nacionales, en consecuencia, interactúa con diferentes organizaciones del Estado y privadas. El Sector Salud, el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento y el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Producción, se interrelacionan en forma directa, pues en su visión, señalan un enfoque en las personas, se basan en mejorar las condiciones de vida, garantizando el desarrollo y el bienestar de la población.

La generación de centros de población con condiciones básicas para el desarrollo como agua y desagüe, así como el impartir educación a nivel nacional, son factores básicos para desarrollo del Sector Salud e industrial, la interrelación de estas cuatro macro organizaciones, permite la creación de un círculo virtuoso, en donde la generación de centros de población con acceso a servicios básicos, permite una capacitación adecuada en temas de salud, que a su vez mantiene una población sana, capaz de trabajar y dotar a los diferentes sectores industriales, de recurso humano en óptimas condiciones para promover el desarrollo económico, que impacta nuevamente impacta en el primer factor de infraestructura, repitiendo este círculo virtuoso en forma iterativa. La dotación de recurso humano sectores industriales

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), creado en octubre del año 2011, también es una organización que interactúa en forma directa con el Sector Salud y demás sectores industriales, pues también se enfoca mejorar la calidad de vida de la población pero en una forma táctica pues su misión se enfoca en garantizar que las políticas y programas sociales de los diferentes sectores actúen forma coordinada. Luego de la evaluación externa e interna, se identificó la existencia de diferentes proyectos de programas sociales, infraestructura y desarrollo, pero de forma dispersa, no se identifica una estrategia nacional que los englobe, mientras se desarrolla la necesaria estrategia nacional, el Sector Salud debe mantener integración y comunicación constante con el MIDIS, asegurando evitar duplicar esfuerzos y optimizando recursos, que por el momento son escasos en todos los sectores.

La integración del MIDIS con el Sector Salud, también es básica para la descentralización de servicios a partir del desarrollo de infraestructura y vías de comunicación para que la población acceda a los servicios ofrecidos. Al no contar con un sistema de información integrado que incluya inversión en investigación y

diseño, el Sector Salud depende de la información y evaluaciones de otras organizaciones como el INEI, universidades, institutos, organizaciones de la industria farmacéutica y proveedores directos e indirectos.

Lazos pasados y presentes. Desde la primera Constitución del Perú, en 1823, se establecieron los impuestos, a través de una contribución única para todos los ciudadanos, sin embargo el uso de estos impuestos estaba orientado en temas de defensa nacional, orden público y administración de servicios, que no incluían actividades relacionadas a la salud. Según reseña histórica del MINSA, en 1892 se creó la Junta Suprema de Sanidad (JSS), encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población, y en 1898 entra en vigencia el Reglamento General de Sanidad.

En adelante, los hechos históricos más importantes en el Sector Salud son:

- 1903: Creación de la Dirección General de Salud
- 1935: Creación de Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, según D.L. 8124.
- 1936: Creación del seguro obligatorio para obreros y trabajadores domésticos.
- 1936: Creación de la Caja Nacional de Seguro Social
- 1936: Creación del Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública (INHSP)
- 1942: Cambio de nombre a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- 1958: Cambio de nombre a Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
- 1980: Creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)
- 1981: Instituto Nacional de Salud Pública cambia de nombre a Instituto Nacional de Salud

- 1994: Certificación Internacional de la Interrupción del virus de la polio.
- 1995: Reconocimiento de la OMS por el Programa de Control de TBC en Perú.
- 1997: Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) cambia de nombre a: El Seguro Social de Salud (EsSalud).
- 1997 Inicio de operaciones de las Entidades Prestadores de Salud (EPS), según la Ley de Modernización de la Seguridad Social en el Perú N°26790.
- 1998: Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil
- 2001: Creación del Sistema Integrado de Salud (SIS)
- 2002: Creación del Sistema Nacional de Control
- 2006: MINSA distribuye funciones y establecimientos de salud a los gobiernos regionales.
- 2009: Creación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Según lo expuesto, los diferentes gobiernos históricos peruanos han realizado esfuerzos permanentes por modernizar y mantener la evolución de todas las organizaciones relacionadas al Sector Salud. La cantidad y variedad de proyectos de desarrollo actuales en salud, demuestran que el interés por parte del gobierno actual también está enfocado en temas de salud y que de mantenerse como uno de los principales objetivos de gobierno, se lograrán instituciones más sólidas, modernas y sobretodo integradas, permitiendo un desarrollo más acelerado del sector.

Contra balance de intereses. Tal como se expuso en la evaluación financiera, un factor crítico es el bajo porcentaje asignado al Sector Salud, sin embargo se señaló que los hogares peruanos eran los principales encargados de compensar esta falta de financiamiento a través del pago directo de servicios de salud. A pesar que este

financiamiento es necesario y además permite ampliar los servicios en el Sector Salud, es necesario contrarrestarlo y evitarlo. Las personas que pueden hacer estas compensaciones en salud, podrían dividirse en dos grupos, los que compensan el gasto público por necesidad y los que compensan el gasto en pos de un mejor servicio.

Ambos grupos son críticos, el primero por cubrir una necesidad que debería ser cubierta por el Estado al ser el acceso a la salud un derecho de toda la población; y el segundo al ser un grupo que podrí optar por buscar el mismo servicio o un mejor servicios en un país de la región, como Chile o Brasil, disminuyendo ingresos económicos importantes para el sector. Por otro lado, a pesar de las necesidades de inversión en el sector, es necesario que el sector mantenga los regímenes semi-contributivos y de subsidios a través del SIS, para los grupos de población más vulnerable, sin sobrecargar al grupo de población que es parte del régimen contributivo, sino gestionando de manera efectiva el presupuesto asignado a cada organismo parte del Sector Salud.

5.4. Matriz de Intereses del Sector Salud (MIO)

Tabla 40

Matriz de Intereses del Sector Salud (MIO)

Interés de Sistema de Salud de Perú	Intensidad		
	Vital	Importante	Periférico
1 Garantizar el aseguramiento universal para toda la población.	MEF MIDIS	SUNASA EPS	OMS
2 Descentralizar y optimizar los servicios médicos, infraestructura y equipo.	Gobiernos Regionales MTC, MEF	MINVCS	
3 Incrementar el ratio de médicos por cada 10,000 habitantes a niveles eficaces.	MEF	Universidades MINTRA	OMS
4 Reducir la morbilidad materno e infantil.	MIDIS	MEF	
5 Incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.	EPS		Universidades
6 Generar una política de prevención de enfermedades en la población peruana.	MEF	MINEDU MIDIS	
7 Promover la investigación y desarrollo en el sector.		Universidades Colegios Profesionales	CONCYTEC

Nota. Intereses comunes sin paréntesis, intereses opuestos en paréntesis.

5.5. Objetivos de Largo Plazo

Según lo expresado por D'Alessio (2013), los objetivos q largo plazo, son los objetivos que la organización espera alcanzar luego de establecer las estrategias externas específicas, siendo el cumplimiento de estas, el camino para llegar a la visión establecida. En el caso del Sector Salud en el Perú, se han determinado los siguientes objetivos a largo plazo:

Objetivo a largo plazo 1 (OLP 1). Para el 2025, el Perú tendrá una cobertura en aseguramiento universal del 100% de la población. Actualmente a diciembre de 2013, se tiene el 38.19% de la población no tiene ningún seguro.

Objetivo a largo plazo 2 (OLP 2). Al 2025, el Perú tendrá 2.5 médicos por cada 1,000 habitantes, ubicándose dentro de los cinco primeros países en Sudamérica. A la fecha esta proporción es menor a 1.

Objetivo a largo plazo 3 (OLP 3). Para el 2025, la tasa de mortalidad infantil se reducirá a siete cada 1,000 nacidos vivos. Actualmente la tasa de mortalidad infantil es 17.1 cada 1,000 nacidos vivos.

Objetivo a largo plazo 4 (OLP 4). Para el 2025, Perú tendrá la cantidad de 2.5 camas por cada 1,000 habitantes a nivel nacional, llegando a posicionarse como líder en este ratio de infraestructura. Actualmente, el Perú cuenta con 1.5 camas por cada 1,000 habitantes.

Objetivo a largo plazo 5 (OLP 5). Para el 2025, el Perú tendrá una política de atención preventiva del 50% sobre las atenciones generales (preventivas y recuperativas). Actualmente, el ratio es de 29.20% de acciones preventivas versus 70.80% acciones recuperativas.

5.6. Conclusiones

Los intereses del Sector Salud están determinados en base a garantizar el aseguramiento universal para toda la población, reducir las tasas de morbimortalidad y generar una cultura de prevención en toda la población; esto a través de la descentralización y optimización de los servicios médicos, infraestructura y equipo.

Existe una oportunidad importante para realizar una serie de mejoras en el sector de la salud, debido a la amplia brecha entre la planificación de acciones para mejorar el sector y la realización de las mismas, tal es así que como parte de la investigación se ha desarrollado diferentes propuestas de planeamiento para desarrollar y mejorar los principales indicadores de la salud. Es importante enfocarse en los problemas estructurales del sector para poder hacer llegar a la estrategia desde los niveles más altos hacia las áreas o entidades operativas quienes finalmente son las encargadas de ejecutar los planes establecidos.

Por otro lado, en este momento el Perú se encuentra en una posición ventajosa en comparación a los vecinos países de la región, debido al potencial para desarrollar los intereses planteados considerando el bono demográfico actual, el crecimiento económico sostenible y las múltiples oportunidades de crecimiento en el sector construcción para la ampliación de infraestructura y el sector tecnológico dada la limitada situación del Perú en investigación y desarrollo; estas condiciones deberán ser las herramientas a utilizar para mejorar la atención de la salud a nivel nacional.

Finalmente, los intereses identificados en el Sector Salud del Perú se ven expresados con agresivos objetivos de largo plazo, sustentados en el incremento porcentual de participación del Sector Salud en el PBI peruano, los cuales serán el resultado del proceso estratégico desarrollado, que a su vez conducirá hacia la visión establecida.

Capítulo VI: El Proceso Estratégico

Luego de haberse desarrollado la parte previa de investigación, identificación de los factores externos e internos, y de haberse destinado los objetivos de largo plazo que guiarán al sector a alcanzar la visión, es necesario empezar a desarrollar cada una de las estrategias que se emparejaran con los factores externos e internos previamente analizados. Para esto se proponen una serie de matrices las que serán el soporte para identificar la posición estratégica del sector de salud, que a su vez definirán las mejores acciones que sustenten los objetivos de largo plazo descritos en el Capítulo II.

6.1. Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

La importancia de la MFODA radica en la generación de las estrategias en función de las combinaciones de las fortalezas y oportunidades (FO), fortalezas y amenazas (FA), debilidades y oportunidades (DO) y debilidades y amenazas. Las estrategias generadas en la MFODA, deberán ser evaluadas en diferentes matrices a manera de filtros, para ver si son aceptadas en el plan estratégico o descartadas. A continuación, la Tabla 41 muestra la MFODA del Sector Salud.

6.2. Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA)

La matriz de Posición Estratégica y Evaluación de la Acción permite determinar la postura estratégica de una corporación, empresa o unidad de negocio a través de la identificación de dos ejes. Un eje que permite medir los factores relacionados a la industria y el otro que mide los factores relacionados a la organización. Según Dickel (como se citó en D'Alessio, 2013), la combinación de estos dos ejes forma un marco de cuatro cuadrantes, cada uno asociado con una postura estratégica básica: agresiva, conservadora, defensiva o competitiva. El resultado de esta matriz indica la postura estratégica más apropiada para la organización, tal como se muestra en la Tabla 41.

Tabla 41

Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

		Fortalezas	Debilidades
		F1. Implementación del SIS y convenios para lograr el Aseguramiento Universal F2. Implementación del Plan Nacional Concertado de Salud F3. Existencia de un Sistema de regulación y control F4. Programas de Planificación Familiar y Prevención de ETS F5. Clínicas del sector privado con tecnología actualizada	D1. Insuficiente aseguramiento en salud D2. Poca descentralización de los servicios de salud D3. Ausencia de un sistema de gestión de calidad D4. Ausencia de un sistema de cadena de abastecimiento integrada y eficiente D5. Falta de planificación y cumplimiento del presupuesto D6. Sistema de Información no integrada D7. Escasa infraestructura y equipamiento a nivel nacional D8. Escaso acceso a los servicios básicos en los hospitales D9. Nivel de educación de recursos humanos D10. Bajo nivel de presupuesto designado para el sector
Oportunidades	FO Explote	DO Busque	
O1. Bono Demográfico del Perú	FO1. Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud". F1, O2, O6, O7, O8	DO1. Implementar la "Gerencia de Gestión de Calidad en Salud", que permita controlar y medir el grado de atención y servicio que realizan las empresas prestadoras del servicio de salud a nivel nacional. D3, O2, O5, O6, O8.	
O2. Crecimiento Económico Sostenible del País	FO2. Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. F1, F2, O2, O5, O6, O7, O8	DO2. Establecer la "Dirección de Abastecimiento Nacional del Sector Salud" que permita incrementar el poder de negociación, las condiciones de abastecimiento, distribución y un mejor acceso a tecnología de vanguardia, integrando el sector privado y sector público de salud. D4, O2, O3, O5, O6	
O3. Alianzas y Tratados de Libre Comercio Internacional	FO3. Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos. F2, F4, O6, O7, O8	DO3. Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales. D1, D5, D7, D8, D10, O2, O4, O6, O7	
O4. Eficiente Seguridad Jurídica	FO4. Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú. F1, F2, F3, O2, O3, O5, O6, O7	DO4. Crear el "Sistema Único de Gestión de Salud" que permita integrar las bases de datos de todas las entidades prestadoras de servicio. D6, O1, O2, O5, O8	
O5. Planes Descentralización de Principales Servicios y Recursos	FO5. Potenciar los programas de planificación familiar y prevención de ETS, con la finalidad de disminuir la pobreza y desigualdad social en el Perú, a través del programa de educación en Planificación Familiar "El Perú avanza si yo planifico", obligatorio en todas las universidades, institutos técnicos y colegios a nivel nacional. F4, A3, A4, A5, A6	DO5. Crear una "Red de Capacitación Nacional en Salud", a través de la implementación de institutos de formación en salud y medicina, esto incluye también acuerdos con instituciones educativas universitarias que deseen participar en la mejora y ampliación de oferta de personal en salud. Se enfocará como un proyecto de responsabilidad social en donde se busque mejorar el nivel de educación a cambio de un plan en exoneración en impuestos, así mismo se buscará el apoyo internacional de profesionales en salud. D9, D11, O2, O5, O6, O8.	
O6. Planes de Inclusión Social	FO6. Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud. F1, F2, O2, O7.	DO6. Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo. D1, D7, D8, D10, O2, O7	
O7. Incremento Demanda de la Salud			
Amenazas	FA. Confronte	DA. Evite	
A1. Conflictos Socio Ambientales en el País	FA1. Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal. F1, F2, A1, A4, A7	DA1. Descentralizar los servicios de salud, para evitar el crecimiento del terrorismo, narcotráfico y contrabando, como consecuencia de la falta de acceso a los mismos en las poblaciones más vulnerables. D1, D2, D7, D8, D10 A3, A4, A6	
A2. Conflictos Territoriales con Países Fronterizos	FA2. Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos. F1, F2, F6, A4, A6, A7	DA2. Elevar el nivel de educación de los recursos, para evitar el crecimiento del terrorismo, narcotráfico y contrabando, así como los conflictos socio ambientales. D1, D2, D8, D9, D10, A1, A3, A4.	
A3. Terrorismo, Narcotráfico y Contrabando.	FA3. Creación de Políticas y Normas Específicas de control de Organismos Regionales con el objetivo de minimizar su interacción con conflictos socio-ambientales y enfoque en la demanda de salud insatisfecha. F1, F2, F3, A1, A3, A4, A5, A6, A7	DA3. Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que nos permitan alcanzar objetivos compartidos. D1, D2, D4, D7, D8, D10, A1, A4, A5, A6	
A4. Desigualdad Social en el Perú	FA4. Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. F5, A1, A4, A5, A6, A7		
A5. Bajo Nivel de Inversión en Investigación, innovación y Desarrollo	FA5. Fortalecer el triángulo de desarrollo: Gobierno - Sector Privado - Instituciones Educativas, a través de la creación del "Concurso Nacional de Investigación, Desarrollo y Tecnología de Salud", que permita a las instituciones competir por la implementación de sus propuestas. F1, F2, F3, A5, A6, A7.		
A6. Bajo Nivel de inversión en Salud (con respecto PBI)			
A7. Demanda Nacional de Salud Insatisfecha			

Las posturas están definidas de la siguiente manera: (a) Postura Agresiva, que indica la alta fortaleza financiera y la alta fortaleza de la industria, (b) Postura Competitiva, que indica la alta fortaleza de la industria y baja estabilidad del entorno, (c) Postura conservadora, en donde se encuentra la alta fortaleza financiera y la baja ventaja competitiva, y (d) Postura defensiva, que indica la baja estabilidad del entorno y una baja ventaja competitiva.

El resultado de la evaluación según matriz PEYEA, señala que la postura estratégica para el sector salud en el Perú debe ser la postura defensiva. En la Figura 80 se puede apreciar una leve fortaleza financiera, con una industria interesante por desarrollar, pero con muy pocas ventajas competitivas en un Sector con una estabilidad del entorno bastante complicada. Como parte de esta postura, el sector salud en el Perú debe buscar salir de esta situación crítica elaborando estrategias que permitan mejorar el servicio y lograr el tan ansiado aseguramiento universal. La modalidad a utilizar para emplear en las estrategias defensivas es la aventura conjunta, conocida como *joint venture*.

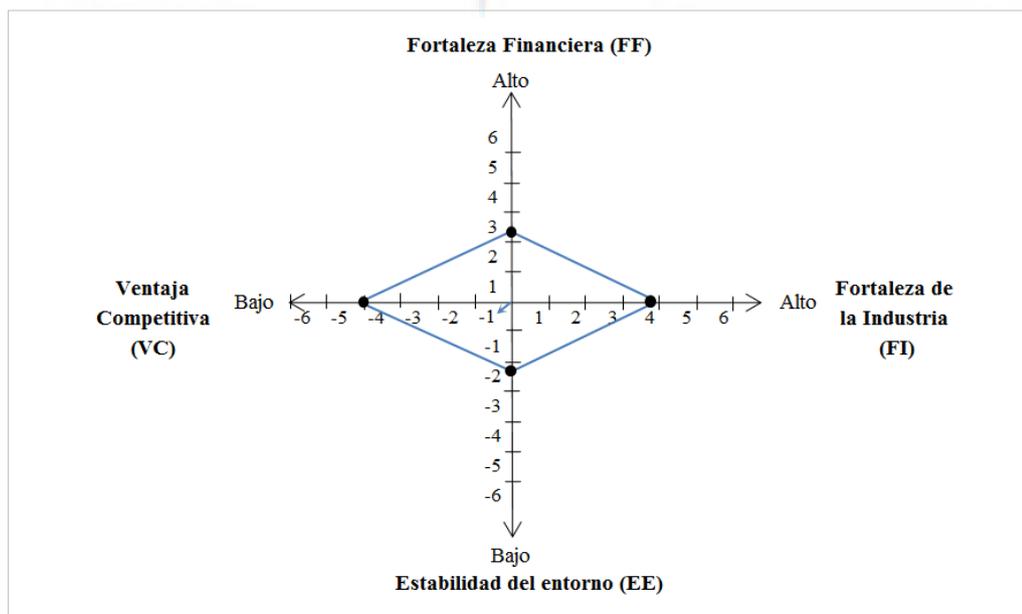


Figura 80. Matriz PEYEA.

Tabla 42

Factores que Constituyen las Variables de los Ejes de la Matriz MPEYEA

Factores determinantes de fortaleza financiera (FF)								Valor		
1. Retorno de la inversión	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	4
2. Apalancamiento	Desbalanceado	0	1	2	3	4	5	6	Balanceado	3
3. Liquidez	Desbalanceada	0	1	2	3	4	5	6	Balanceada	3
4. Capital requerido versus capital disponible	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo	0
5. Flujo de caja	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	2
6. Facilidad de salida del mercado	Difícil	0	1	2	3	4	5	6	Fácil	0
7. Riesgo involucrado en el negocio	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo	1
8. Rotación de inventarios	Lento	0	1	2	3	4	5	6	Rápido	3
9. Economías de escala y de experiencia	Bajas	0	1	2	3	4	5	6	Altas	4
FF=Promedio=		2.22								
Factores determinantes de la ventaja competitiva (VC)										
1. Participación del mercado	Pequeña	0	1	2	3	4	5	6	Grande	4
2. Calidad del producto	Inferior	0	1	2	3	4	5	6	Superior	1
3. Ciclo de vida del producto	Avanzado	0	1	2	3	4	5	6	Temprano	3
4. Ciclo de reemplazo del producto	Variable	0	1	2	3	4	5	6	Fijo	1
5. Lealtad del consumidor	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	1
6. Utilización de la capacidad de los competidores	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	0
7. Conocimiento tecnológico	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	2
8. Integración vertical	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	3
9. Velocidad de introducción de nuevos productos	Lenta	0	1	2	3	4	5	6	Rápida	3
VC=Promedio=		-4								
Factores determinantes de la fortaleza de la industria (FI)										
1. Potencial de crecimiento	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	5
2. Potencial de utilidades	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	2
3. Estabilidad financiera	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	4
4. Conocimiento tecnológico	Simple	0	1	2	3	4	5	6	Complejo	5
5. Utilización de recursos	Ineficiente	0	1	2	3	4	5	6	Eficiente	2
6. Intensidad de capital	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	4
7. Facilidad de entrada al mercado	Fácil	0	1	2	3	4	5	6	Difícil	5
8. Productividad/Utilización de la capacidad	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	3
9. Poder de negociación de los productores	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	3
FI=Promedio=		3.67								
Factores determinantes de la estabilidad del entorno (EE)										
1. Cambios tecnológicos	Muchos	0	1	2	3	4	5	6	Pocos	3
2. Tasa de inflación	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	5
3. Variabilidad de la demanda	Grande	0	1	2	3	4	5	6	Pequeña	5
4. Rango de precios de productos competitivos	Amplio	0	1	2	3	4	5	6	Estrecho	1
5. Barreras de entrada al mercado	Pocas	0	1	2	3	4	5	6	Muchas	3
6. Rivalidad/Presión competitiva	Altas	0	1	2	3	4	5	6	Baja	6
7. Elasticidad de precios de la demanda	Elástica	0	1	2	3	4	5	6	Inelástica	1
8. Presión de productos sustitutos	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	6
EE=Promedio=		-2.25								
X = VC + FI		-0.33								
Y = FF + EE		-0.03								

Las estrategias específicas que han sido identificadas para poder mejorar el sector salud, son las siguientes:

- (a) Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".
- (b) Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- (c) Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.
- (d) Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.
- (e) Potenciar los programas de planificación familiar y prevención de ETS, con la finalidad de disminuir la pobreza y desigualdad social en el Perú, a través del programa de educación en Planificación Familiar "El Perú avanza si yo planifico", obligatorio en todas las universidades, institutos técnicos y colegios a nivel nacional.
- (f) Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.

- (g) Implementar la "Gerencia de Gestión de Calidad en Salud", que permita controlar y medir el grado de atención y servicio que realizan las empresas prestadoras del servicio de salud a nivel nacional.
- (h) Establecer la "Dirección de Abastecimiento Nacional del Sector Salud" que permita incrementar el poder de negociación, las condiciones de abastecimiento, distribución y un mejor acceso a tecnología de vanguardia, integrando el sector privado y sector público de salud.
- (i) Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.
- (j) Crear el "Sistema Único de Gestión de Salud" que permita integrar las bases de datos de todas las entidades prestadoras de servicio.
- (k) Crear una "Red de Capacitación Nacional en Salud", a través de la implementación de institutos de formación en salud y medicina, esto incluye también acuerdos con instituciones educativas universitarias que deseen participar en la mejora y ampliación de oferta de personal en salud. Se enfocará como un proyecto de responsabilidad social en donde se busque mejorar el nivel de educación a cambio de un plan en exoneración en impuestos, así mismo se buscará el apoyo internacional de profesionales en salud.
- (l) Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.
- (m) Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal

- (n) Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.
- (o) Creación de Políticas y Normas Específicas de control de Organismos Regionales con el objetivo de minimizar su interacción con conflictos socio-ambientales y enfoque en la demanda de salud insatisfecha.
- (p) Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- (q) Fortalecer el triángulo de desarrollo: Gobierno - Sector Privado - Instituciones Educativas, a través de la creación del "Concurso Nacional de Investigación, Desarrollo y Tecnología de Salud", que permita a las instituciones competir por la implementación de sus propuestas.
- (r) Descentralizar los servicios de salud, para evitar el crecimiento del terrorismo, narcotráfico y contrabando, como consecuencia de la falta de acceso a los mismos en las poblaciones más vulnerables.
- (s) Elevar el nivel de educación de los recursos, para evitar el crecimiento del terrorismo, narcotráfico y contrabando, así como los conflictos socio-ambientales.
- (t) Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que permiten alcanzar los objetivos compartidos.

6.3. Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

La matriz BCG permite identificar el nivel o estado de las diferentes unidades de negocio que componen a una empresa o corporación con respecto al análisis de dos variables: participación de mercado y tasa de crecimiento, esto con el objetivo de identificar las distintas estrategias que permitan el crecimiento sostenible tomando conciencia de los negocios más desarrollados y de aquellos que rápidamente podrán convertirse en negocios más atractivos para la empresa. En el caso de la salud, al tratarse de un sector o industria en general de un país, se considerará realizar el análisis de esta matriz descomponiendo el sector en tres sub sectores principales, los cuales marcan de alguna manera los tipos de servicio que son ofrecidos a los habitantes del Perú. Estos sub sectores serían los siguientes: (a) SIS, (b) EsSalud, (c) otros. Donde se considera la participación que tienen estos diferentes sub-sectores como el nivel atención y el alcance que tienen con respecto a la población.

Por otro lado, como se mostró en la Tabla 30 del Capítulo IV que contiene información del primer trimestre del 2013 (Q1), la cobertura de la población afiliada a seguros de salud, según su tipo, es la siguiente: SIS 66.3%, EsSalud 24.8% y otros seguros 7.5%, donde se encuentran las FFAA y la participación del seguro privado. De la misma manera, el crecimiento poblacional como se revisó en el Capítulo I, tiene una tasa de 1.3% anual y es importante también considerar el gran bastión de peruanos que está regresando a vivir en el país luego de haber estado muchos años viviendo en el extranjero. Tanto la tasa de crecimiento poblacional, así como el nivel de cobertura de asegurados serán las variables necesarias para plasmar a los diferentes sub sectores dentro de la matriz de Boston Consulting Group. En el caso del eje del incremento de ventas, se considerará la variable de consultas atendidas realizadas a nivel nacional en función del crecimiento poblacional.

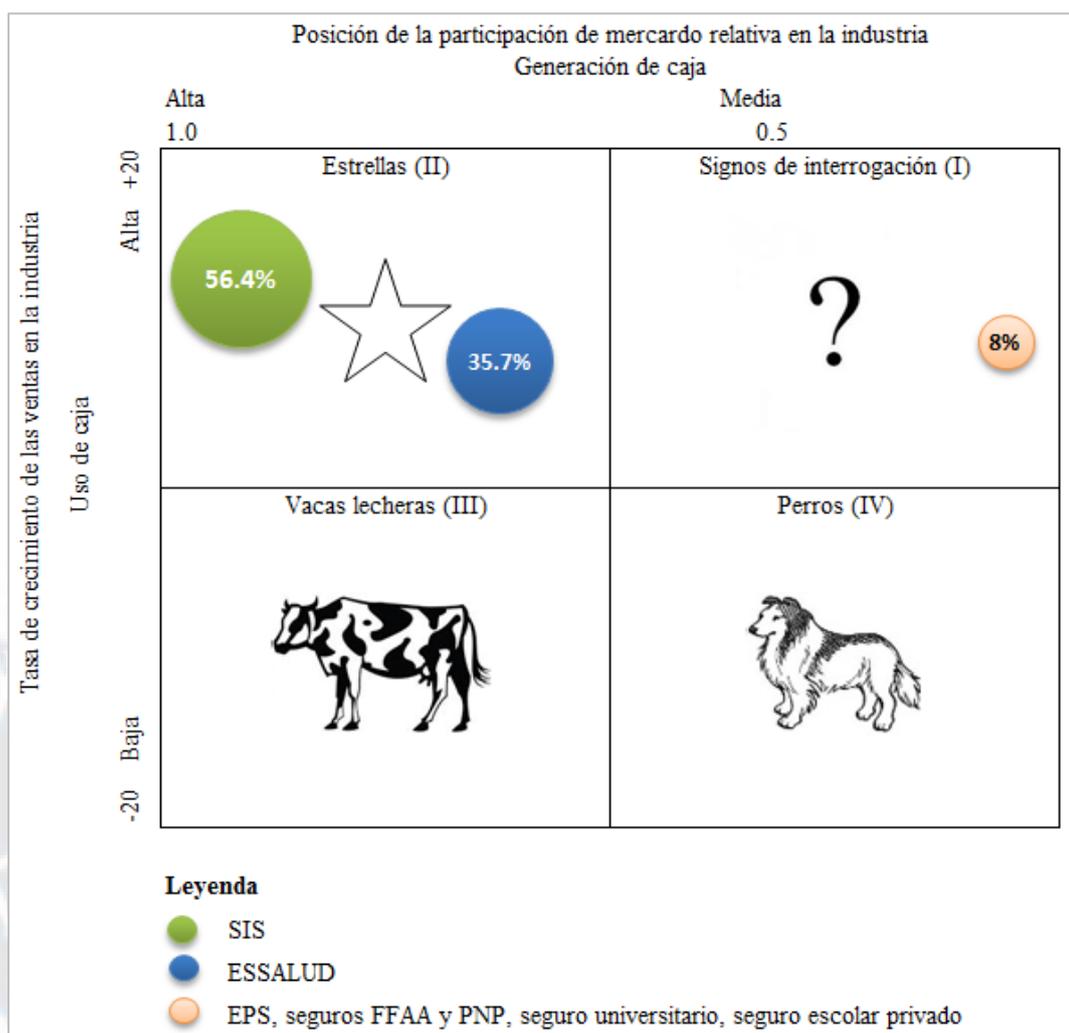


Figura 81. Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

Como se aprecia en la Figura 81, el resultado de la matriz indica que el SIS con un porcentaje del 56.4% se encuentra dentro del cuadrante II (estrella) ya que es el sub sector que más cobertura de salud tiene con respecto a la población y a su vez tiene una alta tasa de crecimiento con respecto al sector. EsSalud se encuentra también dentro del Cuadrante II pero con un porcentaje del 35.7%. A su vez el sub sector otros que agrupa Fuerzas Armadas y otros seguros privados se encuentra dentro del cuadrante I (interrogación) con un 8.5% ya que su participación o cobertura de mercado es muy baja; sin embargo, existe una tasa de crecimiento bastante atractiva con posibilidades de explotar. De acuerdo al resultado de esta matriz es necesaria la

creación de estrategias que permitan trasladar el sub sector que se encuentra en el cuadrante de interrogación (otros), y hacer que este se convierta en estrella, así como también, generar estrategias que permitan fortalecer el resultado de los otros sub sectores dentro del cuadrante estrella.

Los sub sectores estrella son los que tienen una mayor participación en el mercado y por ende sugieren la aplicación de estrategias de integración, estrategias intensivas y aventuras conjuntas. En el caso del sub-sector Otros, este cae dentro del cuadrante Interrogación, y como tal, sugiere la aplicación también de estrategias intensivas.

Las estrategias que se reafirman como parte del resultado del cuadrante estrella son las siguientes:

- Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".
- Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.
- Incorporar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud" que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.

Por otro lado, para poder realizar ese traslado entre cuadrantes con respecto al sub sector otros, se reafirman las siguientes estrategias:

- Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de

responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.

- Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.
- Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.
- Crear el Fondo Solidario de Salud (FSS), a través del recargo en las primas privadas y EsSalud, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.
- Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que permitan alcanzar los objetivos compartidos.

6.4. Matriz Interna Externa (MIE)

La Matriz MIE también es considerada una matriz de portafolio, y puede servir para productos, unidades de negocio u organizaciones enteras. A diferencia de la MBCG, en la MIE se consideran dos inputs muy importantes que ayudan a tener un análisis más detallado de las posibles acciones a realizar, estos son, los resultados ponderados provenientes de las matrices de evaluación externa e interna (EFE, EFI).

Así mismo, según D'Alessio (2013), las empresas o productos pueden ser representados en la MIE a través de un círculo cuyo tamaño debe de ser proporcional

a la contribución a las ventas de la organización, y la parte sombreada del círculo indicará el grado o porcentaje de contribución a las utilidades de la organización. En el caso del sector salud, para efectos del análisis se tomará a la industria como un todo ya que no se están considerando un portafolio de productos, de la misma manera se están utilizando los resultados de los promedios obtenidos en las matrices MEFE y MEFI. De esta manera, el eje X representa al rango total de puntajes ponderados de la MEFI (posición estratégica interna), y el eje Y corresponde a los puntajes ponderados de la MEFE (oportunidades y amenazas). En el caso de los valores de la MEFI se utiliza una evaluación del puntaje ponderado en tres partes: (a) débil, (b) promedio y (c) fuerte, y en el caso de los valores de la MEFE se utiliza una evaluación de la siguiente manera: (a) bajo, (b) medio y (c) alto.

Como se aprecia en la Figura 82, el sector salud se posiciona dentro del cuadrante V, pero con una marcada inclinación hacia la intersección con los cuadrantes VI, VIII, y IX, que son los cuadrantes pertenecientes a las estrategias defensivas. Esto de alguna manera confirma los resultados de matrices anteriores como la MPEYEA, en donde se pudo identificar que el sector salud se encuentra en una postura estratégica defensiva, pero en el caso de la matriz MIE. Esta también sugiere el uso de estrategias que permitan una mayor penetración de mercado y un desarrollo de productos, en efecto lo que la salud necesita es descentralizar profundamente el servicio de la salud y llegar al interior del país en donde la demanda no ha sido atendida en su totalidad. El sector de salud siempre deberá de buscar ser competitivo para lograr el aseguramiento universal y el bienestar de la población.

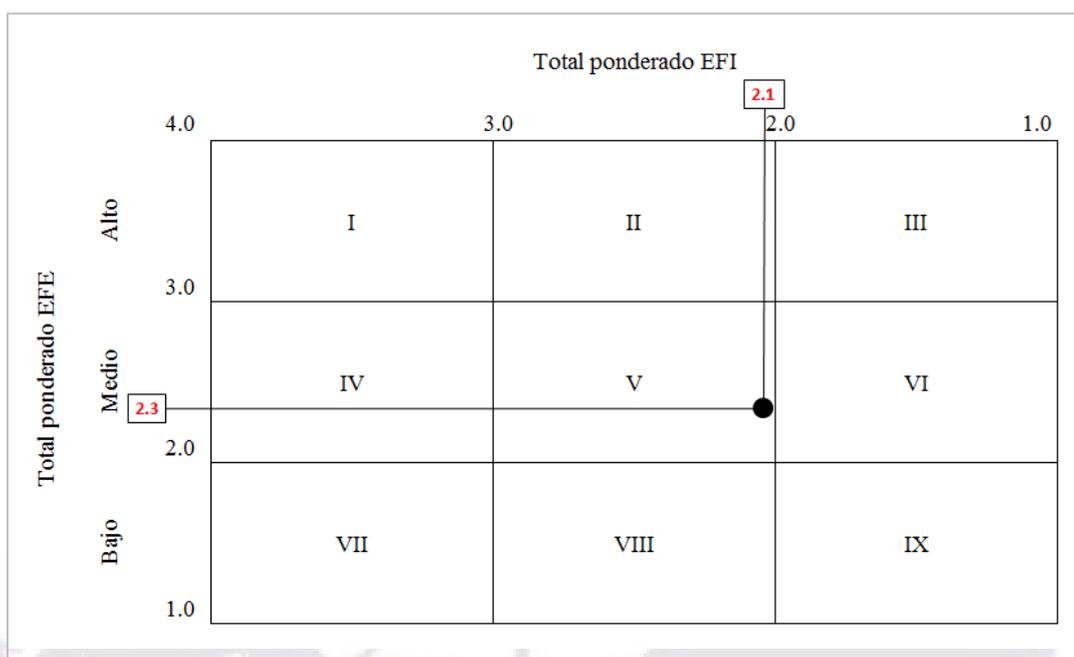


Figura 82. Matriz Interna Externa (MIE)

Por otro lado debido a la naturaleza de la industria en análisis, el sector salud no permitirá estrategias de reducción o desinversión. Efectivamente, las estrategias que se proponen son las siguientes:

- Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".
- Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.

- Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.
- Creación de políticas y normas específicas de control de organismos regionales con el objetivo de minimizar su interacción con conflictos socio-ambientales y enfoque en la demanda de salud insatisfecha.
- Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado con las regiones que presentan mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- Implementar la "Gerencia de Gestión de Calidad en Salud", que permita controlar y medir el grado de atención y servicio que realizan las empresas prestadoras del servicio de salud a nivel nacional.
- Establecer la "Dirección de Abastecimiento Nacional del Sector Salud" que permita incrementar el poder de negociación, las condiciones de abastecimiento, distribución y un mejor acceso a tecnología de vanguardia, integrando el sector privado y sector público de salud.
- Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.
- Crear el "Sistema Único de Gestión de Salud" que permita integrar las bases de datos de todas las entidades prestadoras de servicio.
- Crear una "Red de Capacitación Nacional en Salud", a través de la implementación de institutos de formación en salud y medicina, esto incluye también acuerdos con instituciones educativas universitarias que deseen

participar en la mejora y ampliación de oferta de personal en salud. Se enfocará como un proyecto de responsabilidad social en donde se busque mejorar el nivel de educación a cambio de un plan en exoneración en impuestos, así mismo se buscará el apoyo internacional de profesionales en salud.

- Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.
- Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.
- Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que permitan alcanzar los objetivos.

6.5. Matriz Gran Estrategia (MGE)

Debido a la naturaleza del sector en análisis, no se permitirán estrategias de reducción o desinversión. Tal como indica la definición:

La matriz de la gran estrategia es otra herramienta útil que ayuda a evaluar y afinar la elección apropiada de estrategias para la organización. La situación de un negocio es definida en términos de crecimiento del mercado y la posición competitiva de la empresa, fuerte o débil. (D'Alessio, 2013, p. 344)

El crecimiento del mercado del Sector Salud, está directamente relacionado con el crecimiento poblacional. Según el INEI, este crecimiento se mantiene positivo con porcentaje promedio anual de 1.3%, concentrándose el crecimiento básicamente en Lima, proyectándose una población de 10 millones para el año 2015 (INEI, 2013b); en consecuencia, el Sector Salud se encuentra en uno de los dos cuadrantes superiores de la Figura 83, pero no se podría decir que llega a ser un rápido

crecimiento de mercado, pues las proyecciones sobre el crecimiento poblacional indican que tiende a disminuir a un ritmo moderado (INEI, 2001).

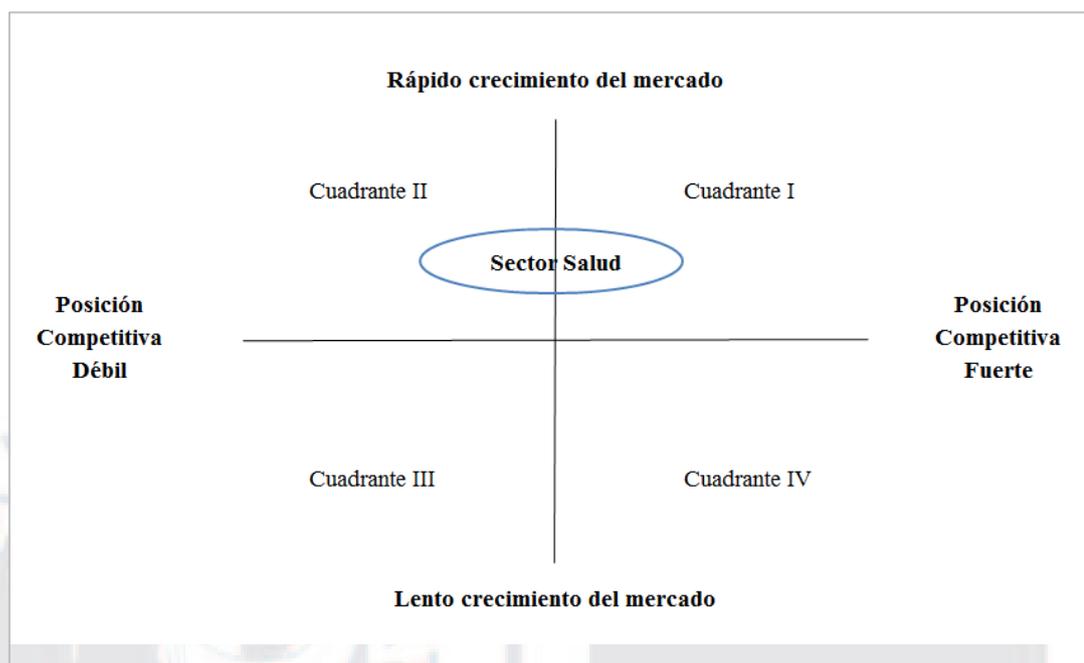


Figura 83. Matriz Gran Estrategia (MGE)

Analizando la posición competitiva del sector salud y comparando los resultados con las matrices previas, se concluye una posición competitiva intermedia. Las debilidades y amenazas identificadas del sector salud en el Perú, podrían colocarlo a simple vista en una posición competitiva débil. Sin embargo, el sector salud también cuenta con las herramientas necesarias para revertir esta situación; en la actualidad, se identifican varias fortalezas y oportunidades que permitirán explotar al máximo su capacidad. Por otro lado, se debe tener en cuenta que es la única organización capaz de cubrir las necesidades de salud de toda la población y además, cuenta con un creciente apoyo económico del gobierno, ambos factores permiten que su posición competitiva se vea fortalecida, sin embargo no se podría decir que llega a ser una posición competitiva fuerte sino intermedia.

Se concluye que el sector salud se encuentra entre el cuadrante I y II de la matriz de la gran estrategia. De las estrategias que se sugieren en ambos cuadrantes, aplican al sector: desarrollo de mercados, penetración en el mercado, desarrollo de productos, integración vertical hacia adelante, integración vertical hacia atrás, integración horizontal y diversificación concéntrica. Teniendo a favor el rápido crecimiento del mercado, el sector debe enfocarse en fortalecer su posición competitiva según las siguientes estrategias propuestas:

- Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".
- Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.
- Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.

- Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.
- Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado con las regiones que presentan mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
- Establecer la "Dirección de Abastecimiento Nacional del Sector Salud" que permita incrementar el poder de negociación, las condiciones de abastecimiento, distribución y un mejor acceso a tecnología de vanguardia, integrando el sector privado y sector público de salud.
- Crear el "Sistema Único de Gestión de Salud" que permita integrar las bases de datos de todas las entidades prestadoras de servicio.
- Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.
- Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo
- Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que permitan alcanzar los objetivos.

6.6. Matriz de Decisión Estratégica (MDE)

Según D'Alessio (2013, p.352), "la matriz de decisión estratégica (MDE) permite agrupar las estrategias y apreciar las repeticiones de cada una de ellas". En esta matriz se suman las repeticiones y se retienen las estrategias que se repiten tres o más veces.

Tabla 43

Matriz de Decisión Estratégica (MDE)

	Estrategias	FODA	PEYEA	BCG	IE	GE	TOTAL
1	Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".	X	X	X	X	X	5
2	Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	X	X		X	X	4
3	Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.	X	X	X		X	4
4	Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.	X	X	X	X		4
6	Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.	X	X	X		X	4
7	Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.	X	X	X	X	X	5
8	Creación de Políticas y Normas Específicas de control de Organismos Regionales con el objetivo de minimizar su interacción con conflictos socio ambientales y enfoque en la demanda de salud insatisfecha.	X	X		X		3
9	Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	X	X	X	X	X	5
11	Implementar la "Gerencia de Gestión de Calidad en Salud", que permita controlar y medir el grado de atención y servicio que realizan las empresas prestadoras del servicio de salud a nivel nacional. .	X	X		X		3
12	Establecer la "Dirección de Abastecimiento Nacional del Sector Salud" que permita incrementar el poder de negociación, las condiciones de abastecimiento, distribución y un mejor acceso a tecnología de vanguardia, integrando el sector privado y sector público de salud.	X	X		X	X	4
13	Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.	X	X		X		3
14	Crear el "Sistema Unico de Gestión de Salud" que permita integrar las bases de datos de todas las entidades prestadoras de servicio.	X	X		X	X	4
15	Crear una "Red de Capacitación Nacional en Salud", a través de la implementación de institutos de formación en salud y medicina, esto incluye también acuerdos con instituciones educativas universitarias que deseen participar en la mejora y ampliación de oferta de personal en salud. Se enfocará como un proyecto de responsabilidad social en donde se busque mejorar el nivel de educación a cambio de un plan en exoneración en impuestos, así mismo se buscará el apoyo internacional de profesionales en salud.	X	X		X		3
18	Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que nos permitan alcanzar objetivos compartidos.	X	X	X	X	X	5
19	Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.	X	X	X	X	X	5
20	Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y EsSalud, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.	X	X	X	X	X	5

Así mismo, de acuerdo al análisis realizado en la matriz MDE, tal como se aprecia en la Tabla 43, se identifica que de un total de 20 estrategias iniciales que ingresaron como parte del análisis de las matrices previas, se han retenido 16 estrategias que se repiten tres o más veces; las cuatro estrategias restantes se considerarán como estrategias de contingencia.

6.7. Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégica (MCPE)

La Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico permite realizar un análisis cuantitativo de las estrategias específicas previamente analizadas a través de un proceso de evaluación en el cual se intersectan los factores claves de éxito resultantes de las matrices MEFI Y MEFE (oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades) con las estrategias ya elaboradas. Esta matriz permite asignar un valor cuantitativo a cada estrategia asignándole un peso que posteriormente es multiplicado por el valor ponderado que cada factor clave de éxito ya tiene identificado.

Según D'Alessio (2013, p.372), "Las calificaciones de atractivo se determinan analizando cada factor clave de éxito externo e interno, uno por vez, formulando la pregunta: ¿afecta este factor la elección de las estrategias que se han obtenido?". De esta manera, esta técnica permite objetivamente identificar que estrategias específicas serán las mejores con el objetivo de cumplir los objetivos establecidos. Finalmente, en la MDE, como se ve en la Tabla 43, se retuvieron 16 estrategias; según la MCPE, de estas 16 estrategias, 11 igualan o superan el puntaje de cinco, tal como se ve en la Tabla 44, que muestra la MCPE del Sector Salud del Perú.

6.8. Matriz de Rumelt (MR)

Rumelt (1986), como cito D'Alessio (2013) propuso la evaluación de cuatro criterios como revisión de las estrategias retenidas, estos criterios son los siguientes: (a) consistencia, (b) consonancia, (c) ventaja, y (d) factibilidad. La consistencia indica

Tabla 44

Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégica (MCPE)

Ver excel adjunto (no entra aquí)



que los objetivos no deben de ser inconsistentes, la consonancia a su vez debe presentar una respuesta adaptiva al entorno externo, la ventaja debe mostrar la creación de la ventaja competitiva y la factibilidad indicará la posibilidad y viabilidad de la estrategia sin caer en costos ni generando problemas adicionales (D'Alessio, 2013). Tal como se muestra en la Tabla 45, como resultado de este análisis se puede apreciar que todas las estrategias retenidas cumplen con la evaluación realizada, por lo tanto ninguna de ellas será excluida en el proceso de planificación.

6.9. Matriz de Ética (ME)

Luego del análisis de la matriz de ética (ME), se concluye que ninguna de las estrategias retenidas violan aspectos relacionados al derecho y la justicia, y son para fines utilitarios, tal como se puede apreciar en la Tabla 46.

6.10. Estrategias Retenidas y de Contingencia

Según se muestra en la Tabla 47, luego de haber pasado por el proceso de análisis de las principales matrices, se identificaron 11 estrategias retenidas, las mismas que ahora también pasan a ser denominadas como primarias. De la misma manera, las estrategias que no han sido retenidas, es decir las otras nueve, pasan ahora a denominarse estrategias secundarias o de contingencia. Así mismo, las estrategias secundarias o de contingencia, que no alcanzaron la puntuación requerida, son agrupadas de manera posterior en tres grupos: el tercer grupo de contingencia son aquellas estrategias que no aparecieron tres o más veces en la MDE, el segundo grupo de contingencia que pertenece a aquellas que no lograron alcanzar el valor cinco en la MCPE y finalmente el primer grupo de contingencia que refiere a las estrategias que no pasaron los filtros de la matriz Rumelt. Asimismo, las estrategias que no pasaron la evaluación de la matriz de ética deben eliminarse (D'Alessio, 2013).

Tabla 45

Matriz de Rumelt (MR)

	Estrategias	CONSISTENCIA	CONSONANCIA	FACTIBILIDAD	VENTAJA	SE ACEPTA
1	Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".	SI	SI	SI	SI	SI
2	Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	SI	SI	SI	SI	SI
3	Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.	SI	SI	SI	SI	SI
4	Incorporar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud" que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.	SI	SI	SI	SI	SI
5	Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.	SI	SI	SI	SI	SI
6	Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.	SI	SI	SI	SI	SI
7	Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	SI	SI	SI	SI	SI
8	Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.	SI	SI	SI	SI	SI
9	Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.	SI	SI	SI	SI	SI
10	Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.	SI	SI	SI	SI	SI
11	Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que nos permita alcanzar objetivos compartidos.	SI	SI	SI	SI	SI

Tabla 46

Matriz Ética (ME)

Ver excel adjunto (no entra aquí)



Tabla 47

Estrategias Retenidas y de Contingencia

Tipo	N°	Estrategias
Estrategias Retenidas	1	Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".
	2	Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
	3	Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.
	4	Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.
	5	Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.
	6	Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.
	7	Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.
	8	Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.
	9	Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.
	10	Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.
	11	Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que nos permitan alcanzar objetivos compartidos.
Segundo Grupo de Contingencia	12	Crear una "Red de Capacitación Nacional en Salud", a través de la implementación de institutos de formación en salud y medicina, esto incluye también acuerdos con instituciones educativas universitarias que deseen participar en la mejora y ampliación de oferta de personal en salud. Se enfocará como un proyecto de responsabilidad social en donde se busque mejorar el nivel de educación a cambio de un plan en exoneración en impuestos, así mismo se buscará el apoyo internacional de profesionales en salud.
	13	Creación de Políticas y Normas Especificas de control de Organismos Regionales con el objetivo de minimizar su interacción con conflictos socio ambientales y enfoque en la demanda de salud insatisfecha.
	14	Implementar la "Gerencia de Gestión de Calidad en Salud", que permita controlar y medir el grado de atención y servicio que realizan las empresas prestadoras del servicio de salud a nivel nacional.
	15	Establecer la "Dirección de Abastecimiento Nacional del Sector Salud" que permita incrementar el poder de negociación, las condiciones de abastecimiento, distribución y un mejor acceso a tecnología de vanguardia, integrando el sector privado y sector público de salud.
16	Crear el "Sistema Unico de Gestión de Salud" que permita integrar las bases de datos de todas las entidades prestadoras de servicio.	
Tercer Grupo de Contingencia	17	Descentralizar los servicios de salud, para evitar el crecimiento del terrorismo, narcotráfico y contrabando, como consecuencia de la falta de acceso a los mismos en las poblaciones más vulnerables.
	18	Elevar el nivel de educación de los recursos, para evitar el crecimiento del terrorismo, narcotráfico y contrabando, así como los conflictos socioambientales.
	19	Potenciar los programas de planificación familiar y prevención de ETS, con la finalidad de disminuir la pobreza y desigualdad social en el Perú, a través del programa de educación en Planificación Familiar "El Perú avanza si yo planifico", obligatorio en todas las universidades, institutos técnicos y colegios a nivel nacional.
20	Fortalecer el triangulo de desarrollo: Gobierno - Sector Privado - Instituciones Educativas, a través de la creación del "Concurso Nacional de Investigación, Desarrollo y Tecnología de Salud", que permita a las instituciones competir por la implementación de sus propuestas.	

Tabla 48

Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP)

Estrategias / Objetivos a largo plazo	Para el 2025, el Perú tendrá una cobertura en aseguramiento universal del 100% de la población. Actualmente a diciembre de 2013, se tiene el 38.19% de la población no tiene ningún seguro.	Al 2025, el Perú tendrá 2.5 médicos por cada 1,000 habitantes, ubicándose dentro de los cinco primeros países en Sudamérica. A la fecha esta proporción es menor a 1.	Para el 2025, la tasa de mortalidad infantil se reducirá a siete cada 1,000 nacidos vivos. Actualmente la tasa de mortalidad infantil es 17.1 cada 1,000 nacidos vivos.	Para el 2025, Perú tendrá la cantidad de 2.5 camas por cada 1,000 habitantes a nivel nacional, llegando a posicionarse como líder en este ratio de infraestructura. Actualmente, el Perú está en 1.5 camas por 1,000 habitantes.	Para el 2025, el Perú tendrá una política de atención preventiva del 50% sobre las atenciones generales (preventivas y recuperativas). Actualmente el ratio es de 29.20% de acciones preventivas versus 70.80% acciones recuperativas.
	OLP 1	OLP 2	OLP 3	OLP 4	OLP 5
1 Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".			X		X
2 Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	X		X	X	X
3 Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.	X	X	X		X
4 Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.	X		X	X	X
5 Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.	X	X	X	X	X
6 Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.	X			X	X
7 Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.			X		X
8 Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.	X			X	X
9 Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.	X		X		
10 Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.	X		X	X	X
11 Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que nos permitan alcanzar objetivos compartidos.			X		X

6.11. Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP)

Luego de haberse identificado las estrategias retenidas, es necesario que finalmente se haga una intersección que permita encontrar la relación (si lo hubiese o no) entre los objetivos de largo plazo y las estrategias retenidas o primarias. Con este emparejamiento lo que se busca es que cada estrategia identifica sustente su relación con los objetivos de largo plazo previamente sustentados en el Capítulo V. Esta intersección podrá evidenciar si es que alguna estrategia no tiene relación con los objetivos de largo plazo y por ende con el planeamiento estratégico. Según el caso, las estrategias que no lleguen a intersectarse o alcanza alguno de los objetivos de largo plazo deberá pasar inmediatamente a formar parte de las estrategias de contingencia. Para este planeamiento estratégico, todas las estrategias previamente establecidas alcanzan a cruzar los objetivos de largo plazo, como se ve en la Tabla 48.

6.12. Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)

Si bien es cierto, no existe una alternativa integral que pueda competir con el Sector Salud, si existen algunos posibles sustitutos a la medicina convencional, brindada por las entidades pertenecientes al Sector Salud, estas son las prácticas empíricas o curandería, la medicina alternativa o complementaria y la atención en farmacias, como ya se mencionó en el Capítulo III.

El Sector Salud del Perú compite por dos aristas: (a) La oferta de puestos o plazas laborales para el recurso humano capacitado, en la que el Perú presenta una migración de aproximadamente el 29.5% de los médicos y 68.1% de los enfermeros del total de las migraciones del área andina (OPS, 2013), según se muestra en la Figura 84, siendo los principales países de destino Estados Unidos y España, que reciben aproximadamente 50% y 25% de las migraciones del Perú, respectivamente

(OEA, 2011); y (b) el propio servicio de atención médica para la población peruana, donde compite con otros países especializados en alguna rama médica, como los es Estados Unidos en atención de cirugías al corazón o Cuba, para la medicina deportiva.

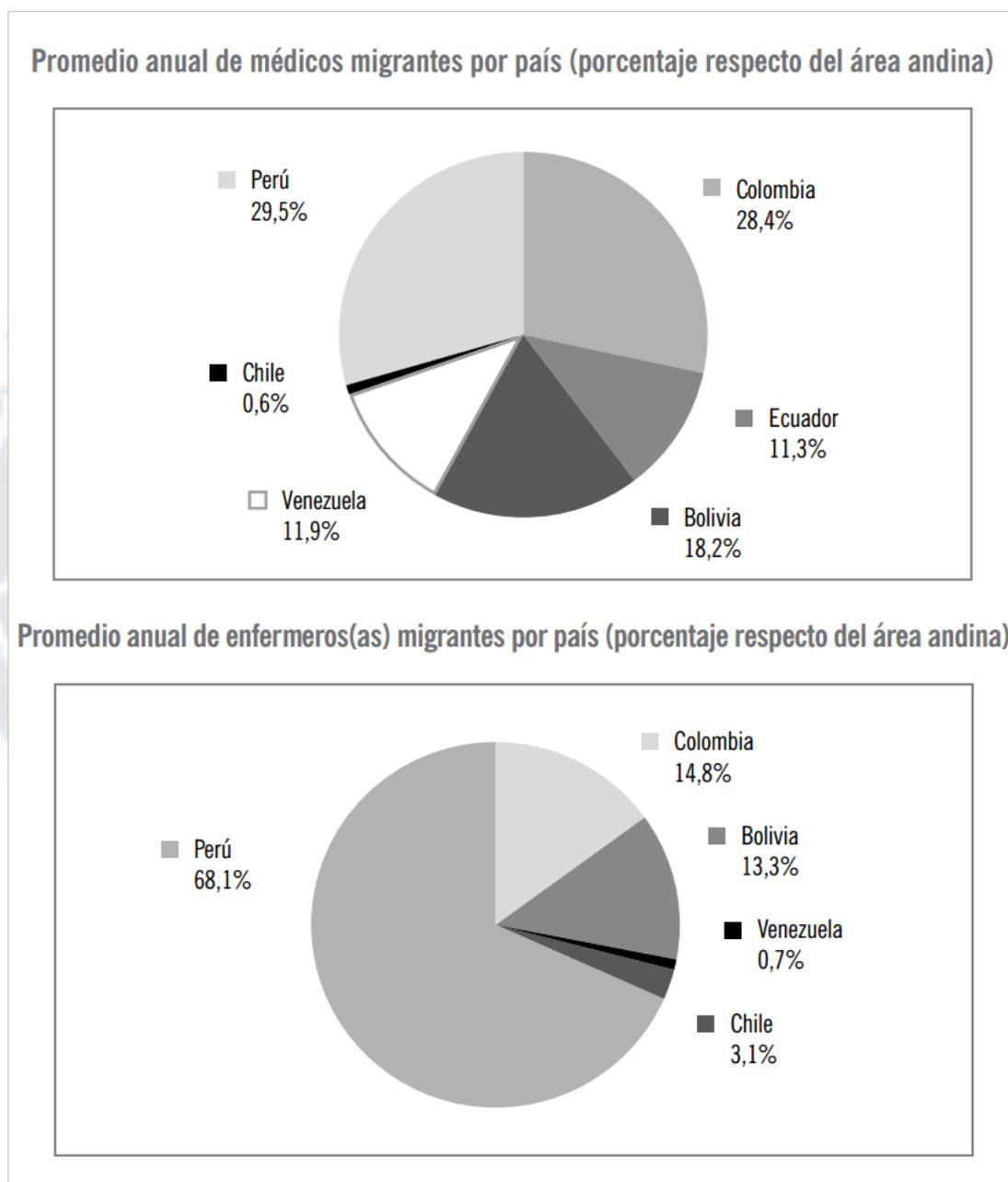


Figura 84. Promedio anual de médicos y enfermeros migrantes por país (del área andina)
Adaptado de “Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: Retos y perspectivas Migración en los Países de la Región Andina”, por OPS, 2013. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21112&Itemid=270

Tabla 49

Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS)

N°	Estrategias	Competidores			Sustitutos			Aliado
		EEUU - (Captación de Talentos y Atención Médica).	España -(Captación de Talentos y Atención Médica).	Chile (Atención Médica).	Practicas empíricas	Medicina Alternativa o Complementaria	Atención en Farmacias/ Boticas	Sector Privado General
1	Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Intercambio de experiencias.	Intensificar su presencia en sectores de bajos recursos.	Intensificar su presencia en nicho de mercado.	Generar oferta de servicios y medicamentos.	Alianza de transferencia de Tecnología por convenios institucionales.
2	Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Perú como mercado de materias primas construcción.	Intensificar su presencia en estas regiones	Acompañar el crecimiento en estas regiones.	Acompañar el crecimiento en estas regiones.	Crecimiento en estas regiones
3	Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco. Este plan deberá enfocarse como un proyecto de responsabilidad social que permita generar un valor compartido con empresas privadas a través de la exoneración de impuestos.	Perú como mercado de venta de tecnología.	Perú como mercado de venta de tecnología.	Bajo interés en Respuesta	Intensificar su presencia en estas regiones	Acompañar el crecimiento en estas regiones.	Acompañar el crecimiento en estas regiones.	Participar en el programa Salud Modular.
4	Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.	Perú como mercado de venta de productos medicinales.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Presión a proveedores por costos similares.	Presión a proveedores por costos.
5	Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Intensificar su presencia en estas regiones	Interés de participar en el programa.	Interés de participar en el programa.	Participación Activa.
6	Implementar el plan "Yo apoyo al adulto mayor", dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes mínima por mes acordada con el gobierno, a cambio de la exoneración de impuestos.	Perú como mercado de venta de productos medicinales.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Intensificar su presencia en este mercado.	Interés de participar en el programa.	Interés de participar en el programa.	Participación Activa.
7	Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado, enfocándose en los sectores con mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.	Perú como mercado de venta de tecnología medica	Perú como mercado de venta de tecnología medica	Alianza de transferencia de Tecnología por convenios institucionales.	Intensificar su presencia en estas regiones	Interés de participar en el programa.	Generar oferta de servicios y medicamentos.	Alianza de transferencia de Tecnología por convenios institucionales.
8	Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.	Perú como mercado de venta de productos medicinales.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Interés de participar en el programa.	Interés de participar en el programa.
9	Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que nos permitan alcanzar objetivos compartidos.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Intensificar su presencia en estas regiones	Interés de participar en el programa.	Interés de participar en el programa.	Esencial participación en el programa.
10	Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.	Perú como mercado de venta de medicinas.	Perú como mercado de capacitaciones	Perú como mercado de redes de farmacias.	Bajo interés en Respuesta	Interés de participar en el programa.	Esencial participación en el programa.	Interés de participar en el programa.
11	Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Bajo interés en Respuesta	Interés de participar en el programa.	Esencial participación en el programa.	Esencial participación en el programa.

Es importante conocer las reacciones de los competidores, sustitutos del sector, así como también los aliados del sector. Esta matriz permite proyectar con anticipación las acciones de los mencionados con el fin de evaluar si las estrategias planteadas realmente tendrán el efecto deseado o podrían incluso derivar en una situación no deseada. En la presente matriz se seleccionaron países que por motivos de captación de personal médico peruano talentoso a sus sectores o por ser interesantes proveedores de servicios de salud, son considerados competencia.

Asimismo los sustitutos, como se expresó en el capítulo IV, son las prácticas empíricas como la curandería, la medicina alternativa como podría ser la naturista y la red de farmacias y boticas; esta última actualmente fuera del sistema integrado de salud, con interés de adherirse a través de la estrategia número diez. En el caso de los aliados, como se puede comprobar, al ser estrategias de carácter social, el sector privado se vuelve un importante elemento en este proyecto.

6.13. Conclusiones

Luego del análisis realizado a través de las diferentes matrices que han ayudado al proceso de la creación y decisión de estrategias, se identificaron veinte estrategias de las cuales, se han retenido once y las otras nueve quedaron como estrategias de contingencia. Así mismo, como parte de las estrategias de contingencia, se tienen cinco estrategias que forman parte del segundo grupo de contingencia, y cuatro que forman parte del tercer grupo.

Adicionalmente se validaron también que las estrategias escogidas estén relacionadas con los objetivos de largo plazo establecidos previamente y relacionados a la visión propuesta en el planeamiento estratégico del sector salud. Además como parte de las estrategias retenidas, la mayoría de ellas son de tipo Intensiva por la penetración y el crecimiento que se tiene que desarrollar para descentralizar la salud

en el Perú; de la misma manera se tienen estrategias internas que buscarán la eficiencia dentro de las distintas estructuras y organismos que participan dentro del servicio de salud. Así mismo los objetivos de largo plazo principalmente están direccionados a cubrir el aseguramiento universal y reducir las tasas de mortalidad infantil en el Perú.

En efecto, algunas de las estrategias más importantes que plantean la consecución de los objetivos más importantes son las siguientes: (a) Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud" y (b) Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.

Con respecto a la evaluación de competidores a través de la matriz MEPCS, se denota que el interés de estos es bajo, ya que el Perú no es un cliente atractivo como consumidor masivo, comparado a otros países que si cuentan con una mayor de mayor demanda. Sin embargo, el interés crece cuando se trata de talentos que son incluidos en sus sistemas de salud y por ende, retirados del nuestro. Con respecto a los sustitutos, fuera de la red de farmacias y boticas, la presencia no es importante o amenazante al sector salud; esta última incluso ingresando como parte del sistema integrado. Finalmente, se resalta la importancia de primer nivel de la empresa privada para que el planteamiento de carácter social funcione.

Capítulo VII: Implementación Estratégica

Según D'Alessio (2013), los objetivos de corto plazo son considerados los hitos a través de los que se alcanza, usando las estrategias, los objetivos a largo plazo, los cuales fueron planteados en el Capítulo V; es decir, ejecutando secuencialmente los objetivos a corto plazo se alcanzan los Objetivos a Largo Plazo (OLP) y con ello se construye la visión declarada en el Capítulo II. En el caso del Sector Salud, se presentan a continuación los Objetivos a Corto Plazo (OCP) alineadas a las estrategias evaluadas en el Capítulo VI.

7.1. Objetivos de Corto Plazo

Los OCP que se presentan son desafiantes, realistas, medibles, cuantitativos, indicando cantidad, calidad e indicando el tiempo de uso de recursos. Tienen característica de ser congruentes, comprensibles, jerarquizados y sobre todo alcanzables, como indica D'Alessio (2013).

Objetivo a largo plazo 1 (OLP 1). Para el 2025, el Perú tendrá una cobertura en aseguramiento universal del 100% de la población. Actualmente a diciembre de 2013, se tiene el 38.19% de la población no tiene ningún seguro.

OCP 11. Ejecutar el fondo de solidaridad para lograr que el 80% de la población peruana, sea parte del sistema integrado de salud al 2018.

OCP 12. Efectivizar el acuerdo entre RENIEC y el Ministerio de Salud para que toda persona que se inscriba en el RENIEC, sea menor de edad o adulto identificado, automáticamente también este registrado en el SIS.

OCP 13. Al 2015, lograr un acuerdo de mutuo beneficio con el 85% de las empresas prestadoras de salud privadas, para que sus sedes estén disponibles para atención a los asegurados del SIS, según el sistema de asignación programada.

OCP 14. Para el 2018, reestructurar y generar la integración del 100% de la infraestructura de hospitales y sistemas de EsSalud y MINSA que asegure la descentralización del servicio de atención.

OCP 15. Para el 2015, ejecutar el inicio del plan informativo del aseguramiento universal de salud como un derecho básico de la población.

OCP 16. Para el 2020, implementar el plan piloto de funcionamiento al 100% del sistema integrado de salud a nivel de las 10 regiones más grandes del Perú.

Objetivo a largo plazo 2 (OLP 2). Al 2025, el Perú tendrá 2.5 médicos por cada 1,000 habitantes, ubicándose dentro de los cinco primeros países en Sudamérica. A la fecha esta proporción es menor a 1.

OCP 21. Para el 2018, ejecutar el convenio con el Ministerio de Educación para incrementar en 50% la cantidad de egresados relacionados al rubro salud.

OCP 22. Para el 2015, se ejecutará el programa piloto de SERUM descentralizadas con aporte de la empresa privada como fondo de financiamiento.

OCP 23. Para el 2015, se ejecutará el convenio de cooperación técnica internacional con el gobierno de Massachusetts para la formación de médicos especializados en neumología y oncología.

Objetivo a largo plazo 3 (OLP 3). Para el 2025, la tasa de mortalidad infantil se reducirá a siete cada 1,000 nacidos vivos. Actualmente la tasa de mortalidad infantil es 17.1 cada 1,000 nacidos vivos.

OCP 31. Para el 2015, se ejecutará el programa de prevención a la madre y niños recién nacidos en las 10 regiones con mayor índice de mortalidad infantil.

OCP 32. Para el 2017, la tasa de embarazo adolescente, actualmente en 13%, se reducirá a 8%.

OCP 33. Para el 2020, el 95% de los niños menores a 3 años de las 10 regiones con mayor índice de mortalidad infantil habrá recibido todas las vacunas correspondientes al primer año.

OCP 34. Para el 2023, el 90% de las mujeres gestantes a nivel nacional habrá recibido el total de las vacunas preventivas.

OCP 35. Para el 2022, se ejecutará el programa integral de atención de emergencia entre el sector privado, MINSA, EsSalud y Hospitales de las Fuerzas Armadas en las especialidades de ginecología, pediatría y servicios conexos buscando la reducción de partos domésticos.

Objetivo a largo plazo 4 (OLP 4). Para el 2025, Perú tendrá la cantidad de 2.5 camas por cada 1,000 habitantes a nivel nacional, llegando a posicionarse como líder en este ratio de infraestructura. Actualmente, el Perú está en 1.5 camas por 1,000 habitantes.

OCP 41. Para el 2015 se firmará un convenio de cooperación con las cinco empresas constructoras de mayor facturación en el país para la ejecución del programa de ampliación de infraestructura de hospitales al 35%.

OCP 42. Para el 2018, se implementará el plan de salud modular para la ampliación de la atención a las 10 regiones con mayor tasa de mortalidad.

OCP 43. Para el 2020 se ejecutará el presupuesto de apoyo internacional con de Japón para la ampliación a 2.3 camas por cada 1,000 habitantes.

Objetivo a largo plazo 5 (OLP 5). Para el 2025, el Perú tendrá una política de atención preventiva del 50% sobre las atenciones generales (preventivas y recuperativas). Actualmente el ratio es de 29.20% de acciones preventivas versus 70.80% acciones recuperativas.

OCP 51. Para el 2018, efectivizar el programa de comunicación para el 85% de los estudiantes y miembros de los colegios e instituciones educativas referente a cómo prevenir las enfermedades respiratorias agudas.

OCP 52. Para 2018, se tendrá en 100% de los municipios de las capitales de las provincias, técnicos especializados en programas de prevención de salud.

OCP 53. A partir del 2019, se efectivizará en el plazo de un año, el programa preventivo dental anual en todas las empresas prestadoras de salud privada y pública, para los asegurados del sistema integrado de salud.

OCP 54. Para el 2020, se implementará el convenio con el Ministerio de Trabajo y Ministerio de Educación sobre desinfección de manos al 100% de los centros educativos y laborales formales a nivel nacional.

OCP 55. Para el 2022, todos los asegurados del sistema integrado de salud tendrán el derecho de pasar una revisión preventiva anual integral de salud. Esta revisión se registrará en el DNI del asegurado para el control de este reglamento.

7.2. Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo

Para que el proceso de implementación sea exitoso, se debe contar con los recursos necesarios para la ejecución de los objetivos a corto plazo. Estos recursos, como se entiende, son escasos especialmente si se considera el sector público. Sin embargo en el caso del Sector Salud en el Perú, el problema más que de recursos es de ejecución de estos en sí. Asimismo la falta de un planteamiento integral y nacional, no permite ejecutar los recursos de forma eficiente. Es necesario indicar que los recursos asignados en la Tabla 50 se pueden clasificar dentro de 7M (Materia prima, mano de obra, método de trabajo, maquinas, medio ambiente, medición, *Managing*) . Sin embargo, el recurso más importante continuo siendo el factor humano, el cual se busca aprovechar al máximo a través de la prevención y descentralización.

Tabla 50

Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo

Objetivos de Corto Plazo		Recursos
OCP 11.	Ejecutar el fondo de solidaridad para lograr que el 80% de la población peruana, sea parte del sistema integrado de salud al 2018.	Fondo Solidario de Salud.
OCP 12.	Efectivizar el acuerdo entre RENIEC y el Ministerio de Salud para que toda persona que se inscriba en el RENIEC, sea menor de edad o adulto identificado, automáticamente también este registrado en el SIS.	Sistema Información de administración del fondo Solidario de Salud. Sistema de conexión en tiempo real entre el MINSA y RENIEC.
OCP 13.	Al 2015, lograr un acuerdo de mutuo beneficio con el 85% de las empresas prestadoras de salud privadas, para que sus sedes estén disponibles para atención a los asegurados del SIS, según el sistema de asignación programada.	Equipo humano bi-sectorial de coordinación. Infraestructura de las IPRESS Base de datos de pacientes que utilizará la infraestructura del IPRESS Equipo coordinador mixto.
OCP 14.	Para el 2018, reestructurar y generar la integración del 100% de la infraestructura de hospitales y sistemas de EsSalud y MINSA que asegure la descentralización del servicio de atención.	Sistema Único de Gestión de Salud Equipos y Personal médico funcionando al mínimo del 85%
OCP 15.	Para el 2015, ejecutar el inicio del plan informativo del aseguramiento universal de salud como un derecho básico de la población.	Presupuesto en Publicidad para comunicaciones a nivel nacional
OCP 16.	Para el 2020, implementar el plan piloto de funcionamiento al 100% del sistema integrado de salud a nivel de las 10 regiones más grandes del Perú.	Incremento del presupuesto en gasto de salud al 6.5% del PBI Red de Farmacias y Boticas integradas al SIS. Equipos y Personal médico funcionando al mínimo del 95%
OCP 21.	Para el 2018, ejecutar el convenio con el Ministerio de Educación para incrementar en 50% la cantidad de egresados relacionados al rubro salud.	Red de Capacitación Nacional en alianza con instituciones educativas. Regularización en los salarios del MINSA y ESSALUD
OCP 22.	Para el 2015, se ejecutará el programa piloto de SERUM descentralizadas con aporte de la empresa privada como fondo de financiamiento.	Equipo de coordinadores dentro de la Red SERUM Médicos totalmente capacitados en 10 regiones con mayor mortalidad en el Perú. Presupuesto de campaña de promoción de programa.
OCP 23.	Para el 2015, se ejecutará el convenio de cooperación técnica internacional con el gobierno de Massachusetts para la formación de médicos especializados en neumología y oncología.	Presupuesto de viaje para logro de convenio. Programa de desarrollo de entendimiento y planeamiento.
OCP 31.	Para el 2015, se ejecutará el programa de prevención a la madre y niños recién nacidos en las 10 regiones con mayor índice de mortalidad infantil.	Presupuesto de Campañas de promoción y prevención de salud a nivel nacional Presupuesto para la distribución de material informativo Técnicos especialistas en charlas de prevención.
OCP 32.	Para el 2017, la tasa de embarazo adolescente, actualmente en 13%, se reducirá a 8%.	Presupuesto para campaña de planificación familiar y ETS a las instituciones educativas. Presupuesto para métodos anticonceptivos.
OCP 33.	Para el 2020, el 95% de los niños menores a 3 años de las 10 regiones con mayor índice de mortalidad infantil habrá recibido todas las vacunas correspondientes al primer año.	Presupuesto de Campaña de Vacunas infantiles traslado a Gobiernos Regionales. Personal técnico medico para campañas de vacunas
OCP 34.	Para el 2023, el 90% de las mujeres gestantes a nivel nacional habrá recibido el total de las vacunas preventivas.	Presupuesto de Campaña de Vacunas mujeres gestantes trasladado a Gobiernos Regionales. Presupuesto para la distribución de material informativo
OCP 35.	Para el 2022, se ejecutará el programa integral de atención de emergencia entre el sector privado, MINSA, EsSalud y Hospitales de las Fuerzas Armadas en las especialidades de ginecología, pediatría y servicios conexos buscando la reducción de partos domésticos.	Personal técnico medico para ejecución de partos a nivel nacional. Presupuesto de puestos ambulatorios de chequeo pediátrico y ginecología
OCP 41.	Para el 2015 se firmará un convenio de cooperación con las cinco empresas constructoras de mayor facturación en el país para la ejecución del programa de ampliación de infraestructura de hospitales al 35%.	Red de Farmacias y Boticas integradas al SIS. Programa de licitación de infraestructura.
OCP 42.	Para el 2018, se implementará el plan de salud modular para la ampliación de la atención a las 10 regiones con mayor tasa de mortalidad.	Presupuesto de IPRESS privadas para incremento de camas. Ampliación de Infraestructura de IPRESS. Camiones y contenedores Equipo de técnicos logísticos y médicos descentralizados.
OCP 43.	Para el 2020 se ejecutará el presupuesto de apoyo internacional con de Japón para la ampliación a 2.3 camas por cada 1,000 habitantes.	Sistema conectado a cada módulo con la central del programa. Fondos para viaje de coordinación. Accesorios para camas hospitalarias.
OCP 51.	Para el 2018, efectivizar el programa de comunicación para el 85% de los estudiantes y miembros de los colegios e instituciones educativas referente a cómo prevenir las enfermedades respiratorias agudas.	Presupuesto asignado a campañas de prevención a nivel nacional. Personal técnico medico para ejecución de campañas de prevención.
OCP 52.	Para 2018, se tendrá en 100% de los municipios de las capitales de las provincias, técnicos especializados en programas de prevención de salud.	Transferencia de Presupuesto a Gobiernos Locales Organismo encargado de controlar el Plan de Inversión en Salud y Ejecución Presupuesto regional
OCP 53.	A partir del 2019, se efectivizará en el plazo de un año, el programa preventivo dental anual en todas las empresas prestadoras de salud privada y pública, para los asegurados del sistema integrado de salud.	Personal técnico medico para ejecución de prevención de enfermedades dentales a nivel nacional. Presupuesto de IPRESS de servicio dental para campañas de prevención.
OCP 54.	Para el 2020, se implementará el convenio con el Ministerio de Trabajo y Ministerio de Educación sobre desinfección de manos al 100% de los centros educativos y laborales formales a nivel nacional.	Presupuesto emitido por Ministerio de Educación / Ministerio de Trabajo.
OCP 55.	Para el 2022, todos los asegurados del sistema integrado de salud tendrán el derecho de pasar una revisión preventiva anual integral de salud. Esta revisión se registrará en el DNI del asegurado para el control de este reglamento.	Fondo Solidario de Salud. Infraestructura de las IPRESS. Personal Médico Capacitado.

7.3. Políticas de cada Estrategia

Para cada estrategia se proponen las siguientes políticas:

Políticas para la Estrategia 1. Integrar todos los planes de descentralización de servicio de las diferentes entidades del Sector Salud, a través del "Sistema Único de Planificación Estratégica de Salud".

1. Incentivar el uso eficiente de los recursos.
2. Promover la responsabilidad social, especialmente en las empresas del sector privado de salud.
3. Controlar la gestión de activos.
4. Establecer convenios con las empresas del sector privado de salud, que promuevan la cooperación con el sector público.

Políticas para la Estrategia 2. Implementar la "Red de Infraestructura Nacional de Salud", trabajando de manera asociada con los principales constructoras del país, a través de un acuerdo de valor compartido con beneficios en tributos (Responsabilidad Social enfocada a la Salud) Foco principal: Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.

1. Promover los modelos de negocios ganar – ganar [*win-win*], entre las entidades del Estado y la empresa privada.
2. Establecer estándares mínimos de infraestructura para los hospitales y centros de salud del Estado.
3. Descentralizar la atención de primer nivel hacia las zonas más pobres del país.

Políticas para la Estrategia 3. Crear el Plan de "Salud Modular" que permita atender rápidamente la demanda insatisfecha, principalmente en las regiones:

Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco

1. Promover los modelos de negocios ganar – ganar [*win-win*], entre las entidades del Estado y la empresa privada.
2. Descentralizar la atención de primer nivel hacia las zonas más pobres del país.
3. Mejorar la capacitación del personal de salud, elevando la oportunidad de prácticas pre profesionales y profesionales.

Políticas para la Estrategia 4. Implementar el "Sistema Nacional de Control de Costos de Salud", que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú.

1. Incentivar eficiencias operativas, aprovechando las economías de escala.
2. Estandarizar los procesos del Sector Salud.

Políticas para la Estrategia 5. Integrar los planes regionales de salud con las empresas privadas, con el fin de minimizar la desigualdad social en el Perú asegurando la implementación del SIS y el aseguramiento universal.

1. Promover los modelos de negocios ganar – ganar [*win-win*], entre las entidades del Estado y la empresa privada.
2. Eliminar la duplicidad de esfuerzos descoordinados entre el sector público de salud y la empresa privada.
3. Establecer canales de comunicación formales entre las empresas privadas de mayor impacto en las regiones y el sector público de salud.

Políticas para la Estrategia 6. Implementar el plan Yo Apoyo al Adulto Mayor, dirigido a entidades privadas, que serán responsables de atender a una cantidad de pacientes, adultos mayores, mínima por mes acordada con el gobierno.

1. Promover la responsabilidad social, especialmente en las empresas del sector privado de salud.

2. Establecer convenios con las empresas del sector privado de salud, que promuevan la cooperación con el sector público.
3. Restablecer el apoyo a los adultos mayores, en especial aquellos que no cuenten con ingresos económicos.

Políticas para la Estrategia 7. Compartir la tecnología y equipos de salud del sector privado con las regiones que presentan mayor demanda insatisfecha de salud. Huánuco, Huancavelica, Ucayali, Loreto y Cuzco.

1. Incentivar el uso eficiente de los recursos.
2. Adquisición de equipos y tecnología moderna.
3. Establecer convenios con las empresas del sector privado de salud, que promuevan la cooperación con el sector público.

Políticas para la Estrategia 8. Desarrollar el "Sistema Nacional de Control de Inversión y Presupuesto", encargada de controlar la inversión y ejecución de los presupuestos regionales.

1. Implementar auditorías enfocadas en la gestión de las instituciones públicas, que ejecutan presupuestos regionales en salud.
2. Promover el desarrollo y evaluación de la administración pública en base a objetivos específicos del sector.
3. Promover la transparencia en la información pública.
4. Respuesta rápida del sector ante variaciones de los planes estratégicos aprobados.

Políticas para la Estrategia 9. Integrar la red actual de farmacias y boticas al SIS, incluyendo la atención médica de primer nivel, como brazo adicional del sector salud.

1. Descentralizar la atención de primer nivel hacia las zonas más pobres del país.

2. Asegurar el cumplimiento de los procesos establecidos en el sector (eliminar medicación sin receta).
3. Ampliar la oferta del personal médico.

Políticas para la Estrategia 10. Crear el "Fondo solidario de salud", a través del recargo en las primas privadas y ESSALUD, según el nivel de ingresos de los contribuyentes al fondo.

1. Descentralizar la atención de primer nivel hacia las zonas más pobres del país.
2. Promover la responsabilidad social.
3. Incentivar eficiencias operativas, aprovechando las economías de escala.
4. Establecer estándares mínimos de infraestructura para los hospitales y centros de salud del Estado.

Políticas para la Estrategia 11. Crear programas de promoción y prevención de salud en poblaciones rurales, trabajando en conjunto con ONG's que permitan alcanzar objetivos compartidos.

1. Promover la prevención en salud, como pilar básico de desarrollo del Sector Salud.
2. Ofrecer educación básica en salud, en especial en las zonas con menores recursos económicos.
3. Establecer convenios con las empresas del sector privado de salud, que promuevan la cooperación con el sector público.

7.4. Estructura de la Organización

Los cambios propuestos en la estructura del MINSA van acorde a las estrategias planteadas en el Capítulo VI. El primer pilar de las estrategias es el de Prevención como se propone en crear programas de promoción y prevención de salud, especialmente en poblaciones rurales, donde se apoye en el uso de las escuelas como

centro de operaciones. Es por ello que se propone la estructura de la Dirección General de Promoción de Salud, según la Figura 85:



Figura 85. Estructura de Dirección General de Promoción de la Salud - MINSA.

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de Tomado de "Organigrama Institucional" por MINSA, 2013. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/organigrama.pdf>

La estrategia basada en la ampliación de oferta de personal médico a través de la capacitación en conjunto con instituciones educativas va directamente ligada a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos a través de una oficina gestora del uso del triángulo de desarrollo tecnológico, como se muestra en la Figura 86.

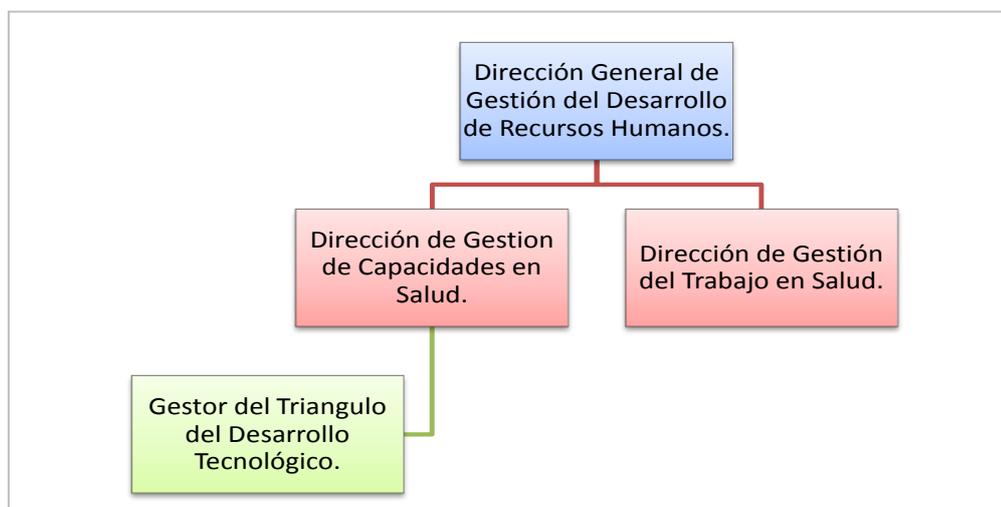


Figura 86. Estructura de Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos - MINSA.

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de Tomado de "Organigrama Institucional" por MINSA, 2013. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/organigrama.pdf>

Con respecto a los cambios realizados en SUNASA, como ente de supervisión y control, las estrategias de centro de eficiencia en costos y la creación del Organismo Nacional de control de Plan de Inversión en Salud, buscan que las actividades dentro del plan nacional se ejecuten dentro de lo programado y al menor costo posible. Asimismo, se procede a descentralizar la supervisión de instituciones prestadoras de servicios de salud como parte del plan de Aseguramiento Universal de la Salud, tal como se propone en la Figura 87.

7.5. Medio Ambiente, Ecología y Responsabilidad Social

La Dirección General de Salud (DIGESA), a través de la Dirección de Ecología y Protección del Ambiente (DEPA), diseña, elabora, control y regula los planes, programas y proyectos de prevención y control de la contaminación ambiental de acuerdo a la legislación sanitaria y ambiental.

El DEPA, ente principal, enfoca sus actividades en la protección de los recursos hídricos, protección de los recursos naturales de flora y fauna; y prevención y control de la contaminación atmosférica, apoyado en programas de control y monitoreo de vertimientos, según D.S. 074-2001-PCM Reglamento de Estándares Nacionales de Calidad Ambiental del Aire (El Presidente de la República, 2001).

Es necesario intensificar estos controles, como se viene haciendo con el monitoreo de la contaminación atmosférica, como se ve en el año 2000, en el que se fortaleció el Programa Nacional de Vigilancia Sanitaria de la Calidad del Aire en Lima Metropolitana y Arequipa. En el año 2007 se implementa la Red de Vigilancia de Calidad del Aire a nivel nacional en Arequipa, Trujillo, Cusco y Chiclayo. Sin embargo, regiones mineras importantes como Ancash, Cajamarca y Madre de Dios requieren un monitoreo más estricto para el control de emisiones contaminantes. Otro factor tan importante como la contaminación atmosférica es la protección de los

recursos hídricos, el cual de acuerdo a la tendencia mundial, se convertirá en el próximo recurso por el cual se motivarán guerras y ataques terroristas. Es por ello que el desarrollo de la universalidad de la salud en el Perú considerará en control de residuos contaminantes consecuencia de las actividades médicas de los hospitales y clínicas asociadas al Sistema Integrado de Salud.

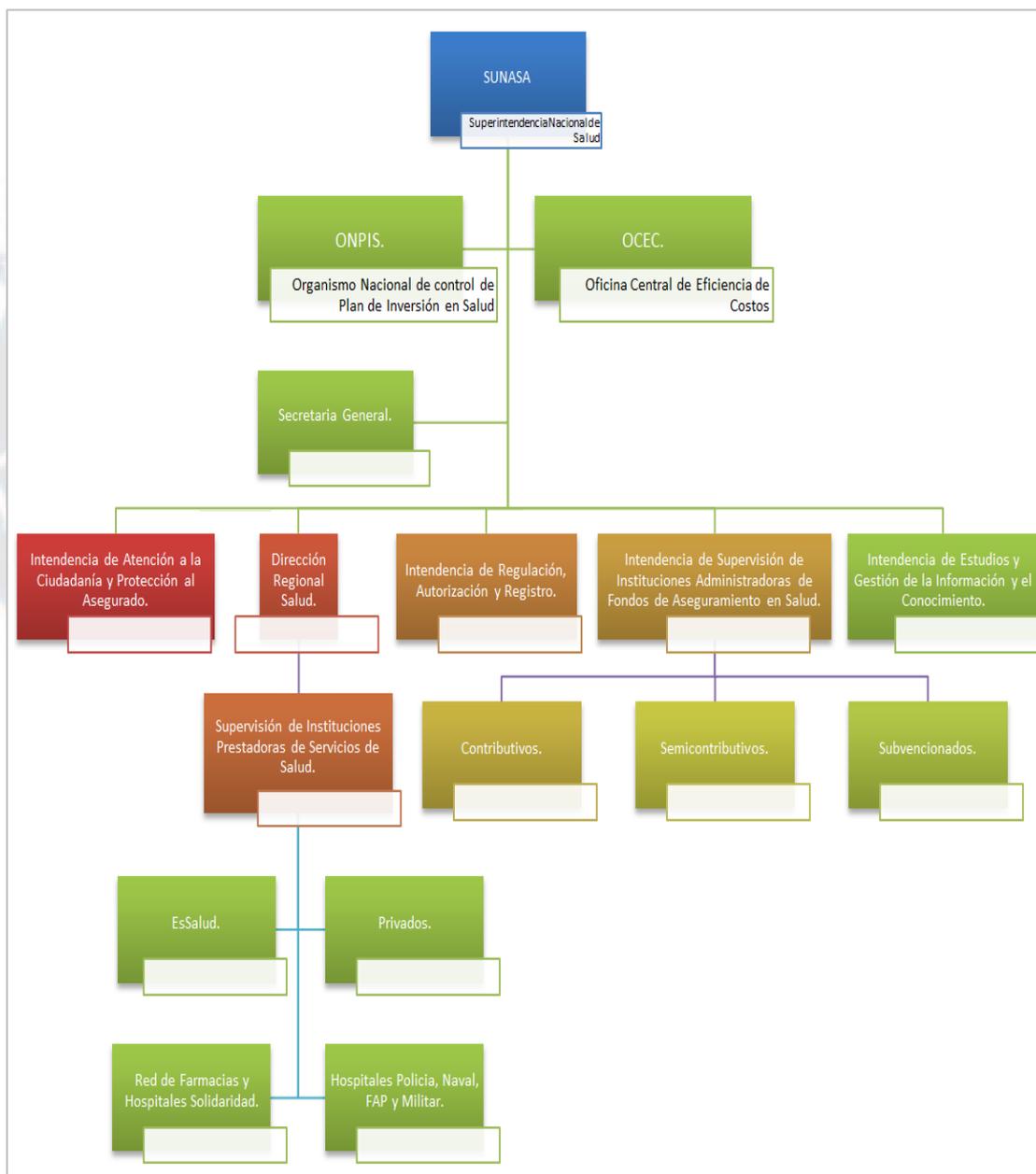


Figura 87. Nueva Estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.
Fuente: Elaboración Propia.

La responsabilidad social corporativa e individual es uno de los pilares de este plan estratégico. A través de la solidaridad de las personas con mayores recursos, de la aplicación de obras por impuestos de las de las clínicas privadas y empresas en general se logra formar el fondo de subvención para la universalización de la salud, de otra forma no posible de generar. Para ello es elemental la implementación de los planes regionales de salud para la administración de estos fondos en sus respectivos presupuestos. Lamentablemente, el Perú es uno de los países con mayor informalidad en la formación de empresas, con lo cual se tiene un pasivo de personas de tercera edad sin un seguro de salud, por ello se plantea la estrategia: Yo apoyo al adulto mayor, de carácter social con miras al apoyo de las empresas privadas como un programa dirigido a sus presupuestos de responsabilidad social corporativa.

Dentro del marco de responsabilidad social se encuentra las campañas de prevención gratuita a nivel nacional orientado a dos puntos estratégicos, las enfermedades con mayor nivel de mortalidad, que son las respiratorias; y las más costosas, que son las oncológicas. Estas campañas buscan generar que el mayor presupuesto de salud se de en prevención que en sanación. Dentro del Sector Salud, como organización, es necesario esté presente la responsabilidad social, no solamente el desempeño de las funciones sino además la calidad de atención considerando que los usuarios finales de estos servicios son personas sensibles a la calidad del servicio e incluso el resultado de su atención es afectada por esta.

7.6. Recursos Humanos y Motivación

Como se mencionó en el Capítulo IV, el principal problema es la falta de recursos humanos permanentes; es decir, la expansión de la infraestructura no es efectiva si es que no conlleva en paralelo un adecuado crecimiento de la oferta de personal médico descentralizado.

Asimismo, las diferencias salariales actuales entre los hospitales del MINSA y EsSalud incrementan la brecha de falta de personal. La raíz de este problema está basada en que la ya insuficiente oferta de educación relacionada a salud, es además de bajo nivel. Por ello, la estrategia orientada a trabajar esta problemática es implementar una red de capacitación a nivel nacional, la cual involucra el triángulo del desarrollo tecnológico compuesto por el gobierno, universidades, y negocios o empresas. Con ello, se busca obtener profesionales de calidad, pero sobre ubicados de forma descentralizada, que permitan incrementar la posibilidad de ampliar la infraestructura contando con el recurso humano necesario. Esta oferta educativa se centraría en las especialidades de mayor demanda y actual mayor déficit, en el cual la línea de tiempo de desarrollo se acorte de seis a tres años, buscando técnicos especialistas. A su vez, la mejora en nivel educacional de los profesionales de salud y la integración del sistema, reducirán las brechas en los hospitales así como la mayor demanda de estos en el sector privado, que no es excluyente ya que como actualmente sucede en Lima, muchos de estos dividen sus horarios entre el sector público y privado.

7.7. Gestión del Cambio

La toma de decisiones. Según D'Alessio (2013, p.443), en la implementación “se cambia la responsabilidad de los estrategas a los gerentes divisionales y funcionales”, sin embargo, estos no actuarán con un sentido de urgencia si no encuentran intereses motivacionales de carácter personal, es por ello importante definir un equipo dentro del Sector Salud o ente que tome las decisiones y defina cuáles son las motivaciones que mueve este equipo. Las recompensas deben ir dirigidas al logro de las etapas de implementación.

La oposición y barreras al cambio. La oposición al cambio no solo podría afectar a nivel gerencial sino operacional, es por ello necesario ejecutar como indica

John Kotter (2012), pasos para la gestión del cambio, entre ellos asegurarse de comunicar correctamente la visión y asegurar los triunfos a corto plazo, con ello la visión se ve reforzada y por ende la motivación por identificación es una herramienta de eliminación de oposición.

La asignación de recursos financieros. Este punto es central en la implementación, es por ello que se propone la estrategia de incorporar el “Sistema Nacional de Control de Costos de Salud” que permita generar eficiencias para soportar la cobertura al 100% de la salud en el Perú. Este control de recursos permitirá ejecutar los presupuestos adecuadamente para el logro del cambio.

7.8. Conclusiones

En este capítulo se presentaron los objetivos a corto plazo como herramienta para alcanzar los objetivos a largo plazo. De estos objetivos definitivamente los más ambiciosos son los relacionados directamente a la universalización de la salud y los que más recursos consumen.

Asimismo se plantea la ejecución de todo lo antes planteado. Es decir, pasar de la teoría a la práctica a través de acción concreta, la cual genera cambios y por ende, posible resistencia. Es importante resaltar que estructura y personas (cultura), deben ser los pilares para el éxito del cambio, en este capítulo se plantea la nueva estructura que va acorde con el plan estratégico así como el cambio en la mentalidad de las personas para evitar la oposición.

Por último, la responsabilidad social y dentro de ella, el cuidado del medio ambiente, se vuelven la base sobre la que se plantea las estrategias, basándonos en la distribución de riquezas actual, con lo cual, siguiendo el modelo del sector energía, existe una subvención por parte de un sector de la población hacia el menos desfavorecido.

Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

8.1. Perspectivas de Control

Dentro del proceso de la planificación estratégica es muy importante medir y controlar el desarrollo de los objetivos planteados y como cada uno de ellos va logrando su avance dentro del tiempo establecido. El planeamiento estratégico al ser un proceso iterativo, permite también la posibilidad de revisar los avances logrados y poder hacer *feedback* hacia atrás de ser necesarios en pros de asegurar el cumplimiento de la visión establecida.

De la misma manera, hoy en día existen diferentes herramientas o mecanismos que permiten controlar la ejecución de lo planificado, siendo esto muy importante ya que aunque se piensa que estas metodologías o herramientas son las que ejecutar de alguna manera la estrategia diseñada, pero esto no es así; este tipo de herramientas ayudan únicamente a controlar el desarrollo de la estrategia ya establecida, no a realizarla, y es ahí donde se generan algunos de los errores que comúnmente son cometidos por los ejecutivos de las empresas.

En efecto, uno de los principales problemas que encuentran las organizaciones hoy en día se da en ese traslado de la estrategia establecida hacia los niveles tácticos y operativos de la empresa. La empresa pudo haber hecho un gran planeamiento estratégico, pero esto solamente es parte del trabajo y no asegura que realmente la visión sea alcanzada. Es así que, metodologías como el Balance Scorecard (BSC), propuesto por Kaplan y Norton, ayudan a controlar el avance y logro de los objetivos planteados a través de una medición asociada a indicadores y a perspectivas que asociadas entre si permiten un acercamiento a la visión planteada por la organización. De la misma manera, este tablero permite trasladar y comunicar la estrategia hacia el interior de la empresa y hacia las distintas áreas ejecutoras, que al final serán los

responsables directos del avance en el cumplimiento y realización de los objetivos de la manera esperada (Kaplan & Norton, 2000).

Según D'Alessio (2013), el BSC permite el alineamiento estratégico, a través del logro de cuatro resultados estratégicos: (a) accionistas satisfechos: al incrementar su patrimonio, (b) clientes contentos: al cumplir sus necesidades, (c) procesos productivos: logrando calidad bajo un costo adecuado y (d) empleados preparados y motivados que este comprometidos con la organización y con el alcance de los objetivos de la misma. La elaboración del tablero de control tiene cuatro ejes o perspectivas principales: El aprendizaje o crecimiento de la organización, la perspectiva de los procesos internos, la perspectiva del cliente y la perspectiva financiera.

La medición es finalmente lo que permitirá a las empresas identificar si es que las estrategias establecidas para el logro de los objetivos están funcionando y de ser necesario un reajuste se tendrán que revisar y replantear, de la misma manera, la alineación estratégica depende de la correcta asociación de los distintos objetivos dentro las cuatro perspectivas definidas. Así mismo la comunicación y el traslado de la estrategia deberán estar acompañados del liderazgo impuesto por la gerencia general y por el compromiso de los principales responsables para que la ejecución se realice de acuerdo a lo estimado.

8.1.1. Aprendizaje interno

La perspectiva de aprendizaje interno permite medir el crecimiento de los activos de una organización, es decir, que tan preparados y motivados están mis empleados para trabajar en búsqueda de los tan ansiados objetivos. No solamente es necesario que el personal esté capacitado, si no es muy importante que las personas sepan claramente hacia donde se dirige la organización y que es lo que se espera de

cada uno de ellas. Una persona preparada, motivada y que sabe claramente cuál es su función dentro la organización es capaz de producir grandes resultados.

Así como son importantes las personas, dentro de esta perspectiva también es importante conocer la capacidad que tiene la organización con respecto a otros activos, como los sistemas de información, los sistemas de comunicaciones y los facilitadores del negocio o de la industria. Es importante que los objetivos y estrategias de esta perspectiva estén enlazados con la perspectiva inmediata superior dentro del mapa estratégico del tablero de control, que es la perspectiva de los procesos internos.

Para el caso del Sector Salud en el Perú, esta perspectiva contemplará todos los objetivos y estrategias relacionados con los activos del Sector, como el mejoramiento del nivel de educación de los doctores, quienes son los encargados de dar el servicio *in situ* a los ciudadanos. De la misma manera es importante que estos profesionales estén altamente capacitados pero a la vez se sientan cómodos de pertenecer al sector a través de un remuneración justa. En el caso de los sistemas de información se buscará que exista una integración a través de la informática que soporta la salud en el Perú, esto permitirá generar información de mucho valor sobre la integración de los sistemas de las empresas prestadoras de servicio tanto públicas, como privadas. El sector deberá mejorar buscando un servicio de mayor calidad, con una plana de doctores capacitados y preparados, pero que al mismo tiempo sientan que la retribución por su desempeño y apoyo a la sociedad es justo y correcto. De la misma manera las mejoras en sistemas de información como la integración de las bases de datos serán importantes para agilizar la generación de información y para hacer más eficiente el uso de la información de manera transversal en cualquier entidad u organismos prestador del servicio de salud a nivel nacional.

Por otro lado la infraestructura es uno de los factores claves para el desarrollo de la salud, ya que actualmente no se cuenta con la infraestructura necesaria para atender a la demanda nacional, sobre todo en el interior del país, a su vez el estado de algunos hospitales en el Perú es precario y estos necesitan ser mejorados para poder lograr un grado de calidad oportuno en la prestación del servicio de salud. Como parte de las estrategias se identifica también que es importante trabajar de la mano entre el sector público y privado para tomar las mejoras prácticas con respecto a infraestructura para que estas luego puedan servir como palanca para los nuevos activos que el sector público tendrá que realizar.

Finalmente, en el Capítulo VI se definen algunas estrategias que ayudarán a alcanzar directamente los objetivos relacionados a la Perspectiva de Aprendizaje Interno. Así mismo, los objetivos de corto plazo asociados a esta perspectiva pueden ser apreciados en la tabla primer punto del Capítulo VII.

8.1.2. Procesos

La perspectiva de los procesos internos permitirá identificar todos aquellos objetivos y estrategias de acción relacionados con la calidad y la productividad del sector de la salud en el Perú. Se tendrán que identificar los procesos claves y a partir de aquí medir el grado de productividad, eficiencia e innovación que permitirá al sector ofrecer un servicio de salud oportuno, descentralizado, de calidad e inclusivo, para que alcance a la totalidad de la población. Así mismo, será importante distinguir cuáles serán los procesos que deberán tener un grado de excelencia para el logro de los objetivos y además identificar aquellos procesos en los cuales el sector es mejor y más competitivo para tomarlo con una ventaja para el desarrollo de más estrategias que acerquen a la industria al logro de la visión.

En el caso de la salud, es necesario identificar aquellos procesos internos destinados a garantizar una atención de calidad a los habitantes del Perú desde cualquier organismo o institución encargada de prestar el servicio, de la misma manera, en las estrategias planteadas en el Capítulo VI se plantea la creación de un organismo de gestión de la calidad, encargado de evaluar y medir el grado de atención otorgado por los distintos prestadores de servicio.

Finalmente, los objetivos de corto plazo relacionados a esta perspectiva se pueden apreciar en el primer punto del Capítulo VII.

8.1.3. Clientes

El fin último de todo el plan estratégico es lograr la satisfacción total del cliente, cubriendo a la vez las expectativas del servicio ofrecido para cubrir sus necesidades específicas. A diferencia de otras organizaciones, el Sector Salud no debe enfocarse en un segmento del mercado, sino que debe lograr abarcar todos los segmentos del mercado peruano, es decir toda la población peruana que requiera del servicio. Todas las estrategias que permitirán alcanzar los objetivos de largo plazo deben impactar directa o indirectamente en la satisfacción del cliente, con indicadores que permitan hacer más tangible el servicio.

Los indicadores de satisfacción de la población peruana con respecto al servicio ofrecido por el Sector Salud son: (a) cobertura, para medir la facilidad de acceso que tiene el cliente al servicio, (b) calidad, indicador que mide el servicio en forma global, incluyendo factores como infraestructura, recursos humanos y el servicio de atención propiamente dicho, (c) tiempo de atención, que mide la oportunidad con que se brinda el servicio, (d) costo, que mide el nivel del servicio en función de la percepción de valor del cliente.

El nivel de satisfacción actual de los clientes es crítico, la organización debe tomar medidas efectivas, que sean eficaces en el alcance de objetivos y eficientes en el uso de los recursos. El factor más crítico de satisfacción para el cliente y para el país es el porcentaje de cobertura del servicio, pues implica la posibilidad de mortalidad de clientes potenciales por falta de acceso al servicio.

8.1.4. Financiera

La perspectiva financiera tiene como objetivo la satisfacción de los accionistas, como consecuencia de una buena gestión de la estructura del capital. En el Sector Salud el gran inversionista es el Estado Peruano y el segundo inversionista es la empresa privada, a pesar de invertir en el mismo sector sus retornos de inversión son diferentes. El Estado busca como retorno de inversión, buena salud en la población, que permita mantener el recurso humano con capacidad de generar riqueza para el país; es decir, el Estado como inversionista en el Sector Salud, sí busca un retorno de inversión pero más enfocado en el largo plazo, que se vea reflejado en el desarrollo del país con indicadores macroeconómicos como el crecimiento del PBI y la disminución en indicadores de mortalidad y morbilidad.

Por otro lado, la empresa privada como inversionista en el Sector Salud, al igual que la mayoría de las organizaciones privadas, busca el retorno de inversión directa con fines de lucro, por lo tanto el Estado debe actuar como regulador del servicio privado, logrando un balance entre la perspectiva financiera del inversionista y el servicio brindado a la población peruana.

8.2. Tablero de Control Balanceado (*Balanced Scorecard*)

Tal como se muestra en la Tabla 51.

Tabla 51

Tablero de Control Balanceado (Balanced Scorecard)

REVISAR EXCEL ADJUNTO



8.3. Conclusiones

De los 22 objetivos de corto plazo, se identificaron cinco objetivos orientados según la perspectiva de aprendizaje, siete objetivos orientados según la perspectiva clientes, dos objetivos orientados según la perspectiva financiera y cinco objetivos orientados según la perspectiva procesos.

Las actividades de aprendizaje se enfocan básicamente en campañas de información en coordinación con municipios, gobiernos regionales, entidades educativas, etc. Las actividades enfocadas en clientes, están orientadas al incremento en el presupuesto asignado al sector, la mejora general de la infraestructura y oferta de personal médico. Las actividades relacionadas con la perspectiva financiera están enfocadas en normatividad, incremento de presupuesto y correcta asignación de recursos. Por último, las actividades relacionadas con la perspectiva de procesos, se enfocan en la prevención de enfermedades, el correcto aprovisionamiento de recursos básicos como vacunas y material informativo, así como de personal médico a nivel nacional.

Los indicadores propuestos permitirán monitorear el avance de los objetivos de corto plazo conforme se desarrolla todo el plan estratégico; haciendo posible la toma de decisiones correctivas en forma oportuna, reproducción de planes que se vengam desarrollando con éxito o cambio de alguna estrategia retenida o de contingencia que no esté ofreciendo los resultados esperados.

Capítulo IX: Competitividad del Sector Salud

9.1. Análisis Competitivo del Sector Salud

Como indicó D'Alessio (2013), la explicación de competitividad va en doble vía; si se busca la productividad de las organizaciones, estas tienen que ser apoyadas por el gobierno; así también, el país elevará el nivel de vida de su población si cuenta con organizaciones que generen valor agregado. Asimismo, para el caso del Sector Salud, el análisis se realiza en base a los resultados del sector y los sectores nuevos o que resurgen; siendo las herramientas de medición el índice de la competitividad del sector y las cinco fuerzas de Porter (D'Alessio, 2013). Por ello se usarán estas dos herramientas para analizar la competitividad del Sector Salud.

De acuerdo al índice de competitividad nacional, emitido por el Consejo Nacional de la Competitividad (2013), con respecto a los últimos años y basado en nueve pilares, entre los cuales se indica salud como uno de ellos, se tiene como resultado una mejora en el indicador agregado de competitividad, donde el principal motor fue la mejora de los indicadores de infraestructura y salud. Esto comparado con los resultados generados en el 2007/08. Los indicadores que respaldan esta mejora son la reducción significativa de tasas de desnutrición crónica y mortalidad infantil.

Como resultado del análisis del pilar salud, dentro de las regiones se encuentra Lima en primer lugar; sin embargo, existe un pilar de rezago en el caso de Puno ya que se encuentra en el puesto 23, ubicándose por debajo de su puesto global. De acuerdo a este índice, en el pilar de salud, según la Figura 88 la región que presentó un mayor nivel de avance comparativo entre 2007/08 y 2011/12 fue Junín, dado por la reducción en 42% de mortalidad infantil e incremento de cobertura de oferta de salud. En el otro extremo de los resultados, la región que más retrocedió fue Ucayali, esto se debe indicadores clave como desnutrición crónica y mortalidad infantil (CNC, 2013).

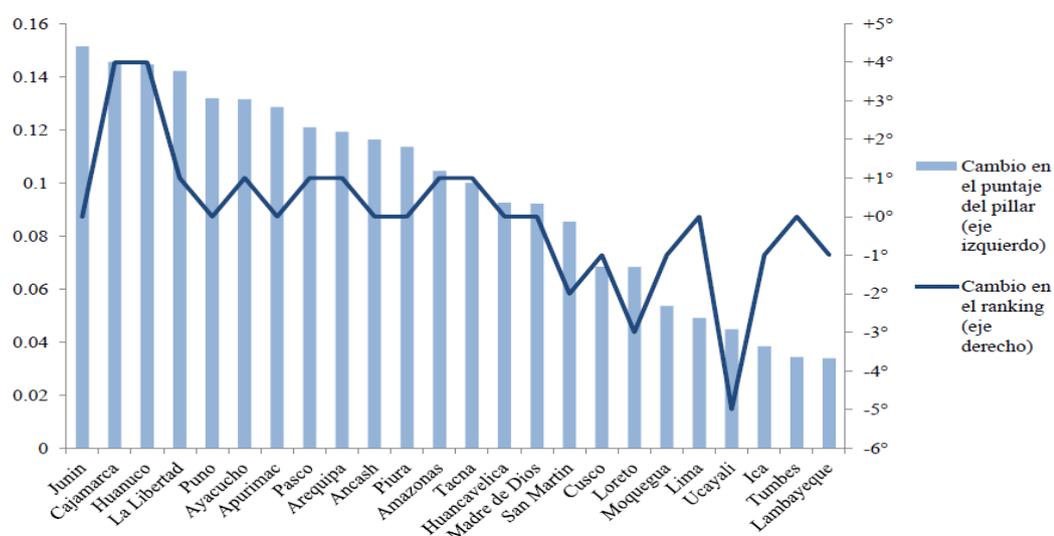


Figura 88. Variación en los resultados del Pilar de Salud, 2007/08 vs 2011/12.

Adaptado de "Índice de Competitividad Regional", por Consejo Nacional de la Competitividad, 2013. Recuperado de <http://www.cnc.gob.pe/indice-regional/descargas/archivos-del-icr>

Otro pilar importante de revisar que influye en el sector, es el pilar de Innovación, según se puede apreciar en la Figura 89; en este caso Tacna tuvo una mejora importante con respecto a su puntaje y su cambio en el ranking mientras que Ancash, siendo una región que recibe canon, incluso retrocedió en ambos aspectos. Esto se debió a una menor asignación y nivel de ejecución de recursos CTI, así como a una menor cantidad de docentes en carreras científico tecnológico.

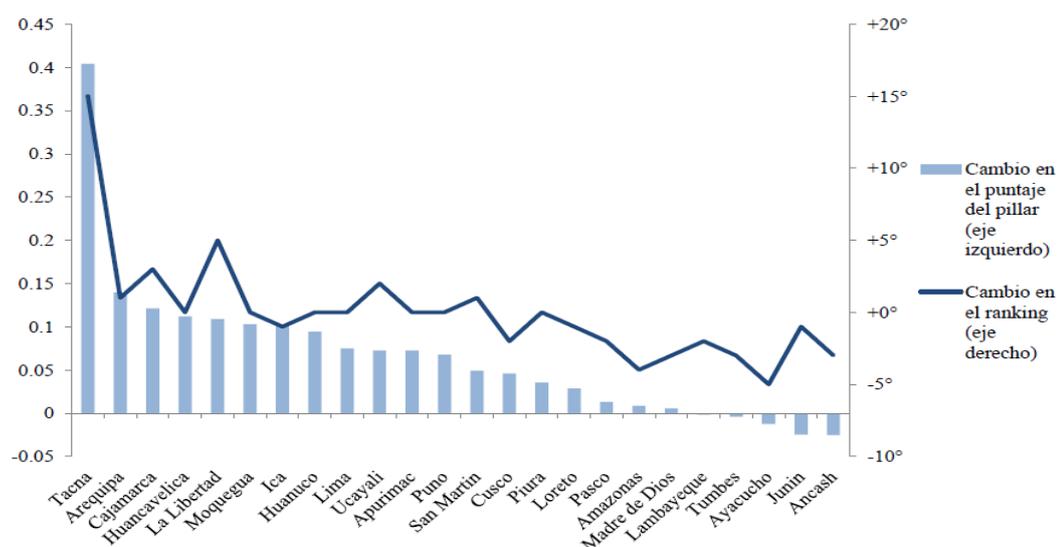


Figura 89. Variación en los resultados del Pilar de Innovación, 2007/08 vs 2011/12.

Adaptado de "Índice de Competitividad Regional", por Consejo Nacional de la Competitividad, 2013. Recuperado de <http://www.cnc.gob.pe/indice-regional/descargas/archivos-del-icr>

Es necesario mencionar los Programas Presupuestales como vinculación del gobierno central y los gobiernos regionales, en busca de mejorar los niveles de competitividad y el alineamiento del proceso presupuestario público. Para lo cual es necesario adecuarlo a la metodología de Presupuesto por Resultado. En la Tabla 52 se pueden ver los cuatro programas presupuestales dirigidos por el MINSA.

Tabla 52

Programas presupuestales de salud: Competitividad con articulación territorial.

Pilar – Salud			
Programa Presupuestal	Resultado Específico	Entidad Responsable	Niveles de gobierno involucrados en la ejecución
Salud materno neonatal	Reducir la mortalidad neonatal y materna	Ministerio de Salud	Gobierno Nacional, Regional y Local
TBC - VIH/SIDA	Disminución de prevalencia y mortalidad por TBC y por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA mediante la prevención y tratamiento oportuno de dichas enfermedades	Ministerio de Salud	Gobierno Nacional, Regional y Local
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	Disminución de prevalencia y morbilidad por enfermedades metaxénicas y zoonosis mediante la prevención y control de daños para la salud por enfermedades metaxénicas y zoonóticas	Ministerio de Salud	Gobierno Nacional, Regional y Local
Programa Articulado Nutricional	Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil	Ministerio de Salud	Gobierno Nacional, Regional y Local

Nota. Tomado de “Índice de Competitividad Regional”, por CNC, 2013. Recuperado de <http://www.cnc.gob.pe/indice-regional/descargas/archivos-del-icr>

Con respecto al índice global de competitividad reflejado en Reporte Global de Competitividad [*The Global Competitiveness Report 2013–2014*] emitido por el *World Economic Forum* (WEF), el Perú se encuentra ubicado, en el caso del Sector Salud, en el puesto de 95 de 148 países, colocándose prácticamente en el último tercio del ranking. Asimismo, el puntaje que logra es de 5,4 sobre 7 total, generando el ranking reflejado. Este ranking esta combinado con el tema educación y en el caso de salud se mide por la influencia en Malaria, Tuberculosis y VIH (WEF, 2013).

9.2. Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector Salud

Para la identificación de las ventajas competitivas del Sector Salud se utilizó el modelo del Diamante de Porter (Porter M. , 1991), como se muestra en la Figura 90.

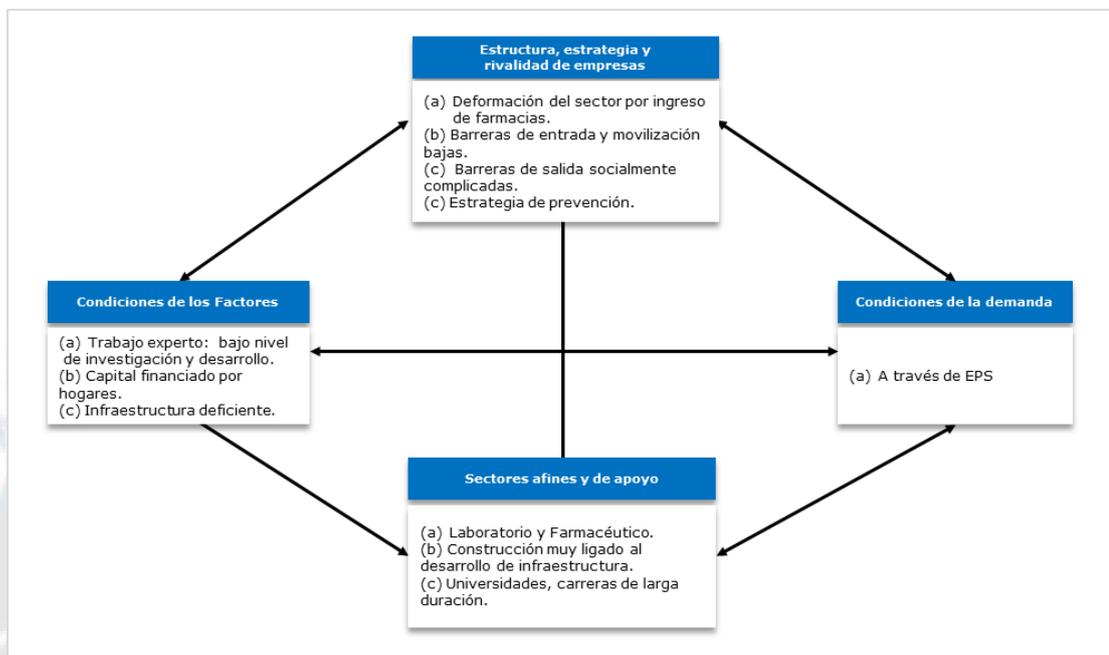


Figura 90. Diamante de Porter.

Adaptado de “Porter's Competitive Diamond”, por M. Porter, 1991. Recuperado de <http://kkozak.wz.cz/Porter.pdf>

Condiciones de Factores. Se tiende como factores claves: (a) trabajo experto; (b) capital; (c) infraestructura. Porter (1991). Como se mencionó en el Capítulo III, uno de los principales problemas es déficit de 5,664 médicos, reflejado en la Tabla 23. Esto genera poder de negociación de estos proveedores; Sin embargo, la calidad de este factor se ve reducida al no trabajar en investigación y desarrollo, como lo indica el ranking 2013 de la Organización Scimago Institutions (OSI), donde la Universidad Peruana Cayetano Heredia está en el puesto 2,160 con 964 publicaciones; mientras la Universidad Nacional Mayor de San Marcos se ubica en el puesto 2,476 con 606 publicaciones, siendo el primer puesto en el ranking el “Centre National de la Recherche Scientifique”, de Francia con 215,261 publicaciones (SIR, 2013).

En el tema capital, este principalmente viene siendo financiado por los hogares. En este contexto se tiene que la inversión en salud con respecto al PBI, es de 4.7%, siendo el recomendado por la región de mínimo 7% (OIT, 2012). El problema adicional a este escenario es que a pesar del bajo nivel presupuestario, sólo se ejecuta el 80% aproximadamente por falta de una adecuada gestión y el alto nivel de burocracia que genera el Estado.

Una de las debilidades más resaltantes en general del Estado Peruano y por ende reflejado en todos sus sectores, incluyendo el Sector Salud, es la problemática de infraestructura. Esto se deriva inicialmente de la falta de descentralización de las instituciones y una adecuada coordinación y ejecución de obras. Tal como se señaló en el análisis competitivo del país, la infraestructura en el país es un tema crítico, ocupando el puesto 91 en infraestructura según el Reporte de Competitividad Global 2013, el Sector Salud no es ajeno a este problema nacional. Como se observa en las Tabla 3 y Tabla 4, la cantidad de establecimientos no presenta crecimiento constante y no es homogénea en el territorio nacional, presentando grandes diferencias entre zonas rurales y urbanas. La infraestructura en el Sector Salud se evalúa según el número de camas por cada 1000 habitantes, el Perú registra 1.5, muy por debajo del promedio en la región que alcanza 2.4 por cada 1000 habitantes, y realmente crítico si es comparado a nivel mundial, ya que países desarrollados como Japón proporcionan 13.75 camas por cada mil habitantes.

Condiciones de la demanda. Lamentablemente, la demanda solo puede estar agrupada y tener poder de negociación a través de los EPS, de los cuales, el 90% está concentrada en dos de ellas como se puede ver en la Tabla 25. Fuera de este contexto orientado a la salud privada, la demanda no tiene una representación unida importante que pueda generar cambios o presiones de actualización importantes hacia la salud

pública. En este sentido, es necesario recurrir a la Defensoría del Pueblo como ente fiscalizador para evaluación de los servicios de salud pública.

Contexto para la estructura, estrategia y la rivalidad de las empresas. El contexto para la rivalidad en el sector sufre una deformación específica tanto en el sector privado como público al tener como principal competidor a las farmacias y boticas, a las cuales recurren en mayor dimensión conteniendo el 17% de las atenciones por algún problema de salud según indica la tabla 26.

El ciclo de vida de este sector está en crecimiento, impulsado por dos vertientes principales: (a) la expansión y desarrollo de clínicas a provincia en el sector privado; (b) las mejoras graduales en la infraestructura del sector público, aunque insuficientes, pero en crecimiento. Esta etapa produce oportunidades para que la rivalidad entre las empresas genere competitividad del sector. En este sentido, la expansión de clínicas a las provincias principales se ha vuelto más agresiva desde el 2009, generando mejoras en el servicio de salud.

La estructura del sector se determina por la barrera de entrada a este, la cual es baja, debido a la falta de regulación estricta, se tiene clínicas improvisadas en sectores populares, incluso con pseudo- médicos sin licencia para ejercer; consultorios privados y medicina alternativa basada en tendencias naturistas y prácticas curanderas. La barrera de salida tiene un carácter social muy fuerte, ya que está muy ligado al servicio de bienestar por lo cual genera un rechazo muy fuerte de la población ante el fracaso. La barrera de movilidad es débil considerando las diversas ampliaciones a los servicios que se da. El nivel de concentración es fuerte en la ciudad de Lima, es decir centralizado, pero aún existe mucha oportunidad de crecimiento en este aspecto.

La estrategia del sector va orientada a la prevención, con lo cual se busca menores costos de inversión, en este caso apoyado por los gobiernos regionales.

Sectores afines y auxiliares. La alta dependencia con respecto a los laboratorios clínicos y centros de imágenes como tomografías, genera que los costos en este rubro sean altos y por ende, se traduzca en un mayor costo en salud. Asimismo el sector educación es fuertemente relacionado, con respecto al nivel de educación del personal médico. Actualmente una carrera de alto presupuesto y larga duración, tal como se muestra en la Tabla 38, en el caso del Sector Salud público, no genera la retribución esperada y por ende, resulta en búsqueda de una oportunidad en el sector privado. Finalmente, el sector construcción también está relacionado de una u otra forma al Sector Salud, pues gracias a este se pueden desarrollar los centros de atención médica donde serán atendidos, los hogares que proveerán descanso necesario para contar con una buena salud física, así como los medios de comunicación necesarios para que pueda trasladarse la población al centro de atención o viceversa, refiriéndose a estaciones de atención móviles, como son las ambulancias. En cierto modo, el sector telecomunicaciones juega un rol muy importante pues no sólo debe proveer los sistemas digitales de telecomunicación fija o móvil [teléfonos o celulares], sino que también debe asegurar que existan los medios de comunicación entre ciudad y ciudad, para que los pobladores puedan atenderse en centros de salud dentro y/o fuera de su localidad.

9.3. Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Sector Salud

Según lo indicado por Porter (2000), los clústeres son concentraciones geográficas de empresas interconectadas, proveedores especializados, de servicios, sectores afines e instituciones que compiten pero que también cooperan. El Sector Salud si bien esta interconectado, compuesto por clínicas, hospitales, laboratorios, centro de imágenes, farmacias, EPS, médicos, instituciones educativas, financiadores y seguros, puede considerarse como el clúster de salud en el Perú; Sin embargo, si se

analiza a nivel macro, el Sector Salud del Perú no forma parte de un clúster, pues aunque interactúa con órganos internacionales y hasta cierto punto cuenta con proveedores externos en lo que es suministro de equipos y capacitación profesional, así como una interesante oferta laboral, estas características no indican la existencia de un clúster, ya que entre estos no hay sinergia.

Por otro lado, lo que sí se puede identificar es que dentro del clúster salud, existe un potencial e interesante nicho llamado turismo de salud, donde se concretan dos factores importantes; (a) los bajos costos de diagnóstico y tratamiento comparado con los países desarrollados, Estados Unidos y países europeos; (b) lugares atractivos para el turismo. El caso del Perú cumple con ambos factores; sin embargo, el nivel de calidad de nuestra oferta de salud privada no es atractiva comparada con el desarrollo de ciudades como Medellín, Sao Paulo o Santiago de Chile. Es necesario entonces, trabajar en este programa de manera conjunta. Si bien es cierto, hubo intentos como Dr. Perú o Turismo Salud Perú, estos no funcionaron como clúster ya que es importante añadir a todos los participantes del ciclo de atención así como instituciones de promoción, regulación y apoyo.

9.4. Conclusiones

Existe una clara diferencia entre la salud pública y la salud privada. La primera, si bien la desnutrición crónica y mortalidad infantil se han reducido y generado una mejora en la posición competitiva; la falta de infraestructura, el problema de centralización, el bajo nivel de inversión en este sector con respecto al PBI traen como consecuencia un sector con falencias, que aún no satisface la demanda real.

Las condiciones de factores reflejan que el problema no solo se deriva en la falta de personal médico, sino en la falta de personal médico *calificado* [el énfasis en

calificado está relacionado con el bajo nivel de calidad educativa]. Sin embargo, el nivel profesional y exigencia de los profesionales, no viene acompañado de un motivante económico que permita el ingreso de mayor personal calificado. Asimismo este punto va relacionado con la innovación, necesaria para generar nichos de mercado.

Con lo que respecta al sector privado, basado en el análisis competitivo, existe un gran potencial en el desarrollo de un nicho cada vez más importante llamado turismo de salud. Este nicho de negocio, ligado a los bajos costos comparativos, generaría una demanda con mayores exigencias, pero también con un nivel de rentabilidad superior, que permita generar mayor expansión, ya que el valor agregado de este tipo de programas es poder ejecutarlos en las zonas cercanas a los puntos turísticos más importantes como Cuzco, Arequipa, Puno, Trujillo, Iquitos y Lima.

Este nicho también tiene la particularidad de generar beneficios no solo en el Sector Salud, sino también en sectores como turismo y gastronomía, si es que se considera la promoción de productos naturales oriundos del Perú; logrando un reconocimiento como marca país en el mundo; un país con buen nivel de diagnóstico y tratamiento, un sistema de dieta natural y acompañado de milenarios puntos turísticos.

Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1. Plan Estratégico Integral (PEI)

El Planeamiento Estratégico Integral (PEI) permite a través de una sola matriz ver el resultado y la interacción de las matrices previamente trabajadas en el proceso del Planeamiento Estratégico, es muy útil ya que permite rápidamente visualizar la relación entre los objetivos de largo plazo, los objetivos de corto plazo y las estrategias generadas para poder llevar a la visión establecida. Asimismo, incorpora otros entregables resultantes del planeamiento como los intereses organizacionales, los principios cardinales y las políticas que se disparan de las estrategias resultantes del proceso. A todo esto se le suma el componente de “control”, el tablero de control, el cual posiciona los OCP identificados y los ubica en su respectiva perspectiva para un mayor control.

El Plan Estratégico Integral facilita la realización de ajustes y cambios, brinda un panorama amplio del trabajo realizado y de todo el proceso, de esta manera se puede tener una visión integral para las personas encargadas de tomar las decisiones, en otras palabras el PEI describe las partes esenciales del proceso (D`Alessio, 2013).

Esta matriz es la base, y el input principal para concluir el proceso de planeamiento, ya que a través de ella, de este vistazo integral, se puede resumir de alguna manera todo el esfuerzo y el trabajo que se ha realizado como parte del modelo secuencial del proceso estratégico, tal como se muestra en la Tabla 53.

Tabla 53

Plan Estratégico Integral (PEI).

REVISAR EXCEL ADJUNTO



10.2. Conclusiones Finales

1. Si bien es cierto que en el Sector Salud existen muchos planes desarrollados de manera independiente por parte de los organismos que componen al sector, es necesario que exista una correcta alineación de los mismos que permita generar sinergias, economías de escala, estandarización, control y distribución de todos los recursos necesarios para lograr el aseguramiento universal. Los esfuerzos independientes y no alineados a la estrategia no serán capaces de resolver el verdadero problema que afronta el Perú en salud.
2. El país enfrenta un reto muy importante en cuanto al incremento del tipo de enfermedades, las enfermedades no transmisibles pasaron a concentrar más del 60% de las muertes a partir del 2009, lo cual significa que los tratamientos o servicios serán más complejos que los generados o realizados para las enfermedades transmisibles. El Sector Salud en el Perú deberá prepararse para poder atender con más frecuencia este tipo de enfermedades e incluir dentro de su planeamiento estratégico, acciones que permitan la prevención de las mismas y evitar el incremento del presupuesto.
3. Existe una demanda insatisfecha de servicios de salud en el Perú, generada también por una escasa cantidad de profesionales en el sector para atender al total de la población. La capacidad instalada de médicos no puede cubrir la cantidad de atenciones demandada por los habitantes de la población. Según Essalud (2013) el seguro cuenta con 9 millones 991 mil asegurados, pero solamente 8,000 médicos para atender a toda esta población. El Sector Salud deberá generar campañas que impulsen y motiven el desarrollado de médicos en el país. Es necesario impulsar la creación de estrategias que permitan fortalecer los recursos humanos, sobre todo en niveles descentralizados.

4. Es necesario que exista una entidad u organismo que se encargue de la ejecución y la distribución de los recursos hacia el interior del país. La planificación no se traduce en ejecución, y este es un problema que viene arrastrando el sector durante años, tal es así, que los principales problemas del país en salud y cobertura esta en provincias y si no se controla la ejecución del plan, todo siempre quedará en “papel”, y el beneficio de los mismos no llegará a los habitantes más necesitados.
5. El monitoreo de los servicios de salud es muy importante para asegurar la correcta atención y servicio a los habitantes del Perú. Es importante que exista una homologación u estandarización de servicios a nivel público y privado que permita generar sinergias en procesos de atención y consulta, volviendo de esta manera al sector más competitivo, eficiente y logrando así una calidad de servicio estándar para combatir los problemas de salud.
6. La infraestructura de la salud en el Perú no es la suficiente para atender la demanda de los habitantes en el Perú. Esto se hace aún más crítico cuando se compara la cantidad de hospitales que se tienen para cubrir a las regiones en el interior del país. Así mismo, los hospitales actuales también necesitan de una mejora y revisión constante para asegurar que las instalaciones tengan la calidad necesaria para brindar el servicio de salud. El alcance y cobertura de la infraestructura en salud está supeditada directamente a la habilitación de carreteras y vías de comunicación que permitan llegar a los lugares de acceso complejo en el país, esto indefectiblemente indica que si bien es cierto, la salud es una prioridad y se busca su universalidad, deberán haber estrategias convergentes que mejoren las vías de comunicación y que a su vez permitan el

desarrollo sostenible de la infraestructura en salud, llegando a cubrir a la totalidad de la población.

7. El Perú hoy en día se encuentra en una posición privilegiada con respecto a otros países del globo terrestre. Este fenómeno de transición demográfica llamado “bono demográfico” le da la oportunidad al Perú de maximizar el potencial productivo y por ende generar mayor economía para el País. En este sentido la salud toma un rol fundamental como principal habilitador de las personas para su desempeño laboral, si las personas no están saludables, no podrán volcar esa productividad hacia el país, y si esa productividad no se da, el Perú no aprovechará uno de los grandes momentos “estacionales” e históricos que tiene para el desarrollo del País.

10.3. Recomendaciones Finales

1. Implementar el Plan Estratégico desarrollado para el Sector Salud.
2. Concentrar y centralizar todos los esfuerzos para poder eliminar definitivamente la problemática que aqueja al Sector Salud, siendo esta la piedra angular para eliminar ineficiencias en los actores que componen el sector hoy en día.
3. Promover la prevención en salud, cambiando de alguna manera la forma de pensar de las personas a través de campañas preventivas que permitan hacer entrar en razón a los habitantes de la población. Migrando de una cultura “reactiva” en salud, a una cultura “proactiva” o preventiva. Es decir las personas deben ser capaces, por sí mismas, de darse cuenta por qué son importantes la prevención y como esto puede ayudar a prever futuras enfermedades o problemas de salud.

4. Reconocer que el Perú necesita de más técnicos y profesionales en salud que puedan cubrir la atención real requerida y tomar acciones en conjunto con las instituciones educativas públicas y privadas en búsqueda de la difusión de la formación en Salud y Medicina, dado que los recursos humanos cumplen un factor muy importante dentro del proceso de prestación de servicios de salud y hoy en día la capacidad instalada ofrecida no cubre la demanda real de atenciones en salud.
5. El Estado debe controlar de forma más estricta el presupuesto establecido para que este llegue a las regiones destinadas, y así mismo debe validar y controlar que se ejecuten las acciones que se proponen dentro del plan a través de una clara desagregación y auditoría del Presupuesto en cada una de las regiones. Como parte de esta propuesta, se han generado estrategias que permitan gestionar y controlar dos puntos clave dentro del proceso de la salud. Uno es asegurar la desagregación del presupuesto hacia el interior del país y el segundo es controlar la ejecución del mismo. Para esto se considera inclusive trabajar con entidades fuera del Estado (privadas) que permitan darle ese “toque” de profesionalismo y control que necesitan las entidades encargadas de ejecutar el presupuesto.
6. Medir el grado de atención de salud que dan las instituciones prestadoras de este servicio, no debe dejarse a un lado la calidad del servicio de salud ofrecido. Para esto es necesario que una entidad u organismo nuevo trabaje de la mano con la SUNASA en búsqueda de la calidad en el sector, así mismo, no solo se trata de mejorar la calidad en los servicios, si no de buscar sinergias y estandarizaciones entre los diferentes actores o participantes en el sector, es

decir buscar homologar los procesos básicos de atención para de esta manera mejorar la gestión de calidad de los mismos procesos.

7. Aprovechar la oportunidad única para reforzar la estrategia del gobierno en proyectos de responsabilidad social enfocados en valor compartido. El Sector Salud cuenta con dos grandes problemas: uno, no se tiene el presupuesto necesario para atender a la población (gasto como porcentaje del PBI), y dos, cuando existe el presupuesto no saben cómo desplegarlo y mucho menos ejecutarlo. Es aquí en donde nace una oportunidad muy importante para los proyectos de responsabilidad social, ya que a través de la ejecución de los mismos se estarían resolviendo estos dos grandes problemas, resolviendo el problema del presupuesto con las negociaciones con entidades privadas (valor compartido), y resolviendo el problema de la ejecución, responsabilizando a la entidad privada por el cumplimiento total y la realización del proyecto.

10.4. Futuro de la Organización

Al 2025, el Perú ha logrado el alcanzar el aseguramiento universal, cubriendo al 100% de la población, incluyendo a los habitantes dentro de los diferentes tipos de cobertura de salud desarrollados para el país.

Las instituciones prestadoras de servicio de salud brindan un servicio de calidad, estandarizado y con una correcta gestión que asegure la calidad de los procesos internos. La capacidad instalada de médicos y recursos destinados para brindar el servicio de salud, cubre cuenta ahora con la capacidad necesaria para atender de manera óptima el crecimiento poblacional y demográfico del país.

La Red Nacional de Capacitación que permite seguir generando los recursos médicos para atender la demanda del Sector Salud, habiendo dejado atrás el problema en el que la oferta era menor a la demanda, permitiendo ahora contar con una oferta

laboral capacitada y que podrá competir por la optención de plazas en el mercado laboral bien adecuadamente remuneradas, dado que la oferta está de acuerdo a la medida en la cual la población se desarrolla.

De la misma manera, la infraestructura del Sector Salud se ha desarrollado eficientemente, y cuenta con centros de atención en las zonas de mayor demanda de salud, esto incluye los acuerdos de trabajo en conjunto con las entidades privadas, que permitieron lograr las sinergias en infraestructuras; asimismo, los proyectos de responsabilidad social permitieron generar obras que desarrollaron la infraestructura del Sector Salud, al tomar consideración en los niveles descentralizados.

La tasa de mortalidad se redujo a través de las distintas acciones ejecutadas, y habiendo implementando satisfactoriamente en la mentalidad de la población del país la conciencia de prevención en salud. Al 2025 los habitantes del Perú cuentan con una actitud “proactiva” respecto a la salud y las enfermedades que los pueden afectar. Esto sin duda fue “la fase 0” o “control inicial” realizado por los mismos habitantes de la población para evitar de esta manera el incremento de enfermedades tratables a través de la prevención, evitando así llegar a atenciones reactivas, con mayores consecuencias y mejorando así la calidad de vida y su salud.

La suma de estas variables de mejora, más la correcta implementación de las estrategias que fueron propuestas en el plan estratégico, permitieron al Sector Salud del Perú ser reconocido como un referente en Sudamérica como proveedor de bienestar a la población peruana y ciertamente representa una importante fuente de competencia para el resto de países en la región, tanto para en términos de oferta laboral para los recursos del Sector, como para la atención médica de sus pobladores.

Referencias

- ALAFARPE. (2013, 11 de Noviembre). *Tres cadenas farmacéuticas poseen el 81,8% de las ventas de medicamentos*. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de El Comercio: <http://elcomercio.pe/economia/peru/tres-cadenas-farmacuticas-concentran-818-ventas-medicamentos-noticia-1657302>
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(2), 243-254. Recuperado el 22 de Diciembre de 2013, de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/19Peru.pdf
- APOYO. (2011, Agosto). *Lineamientos para promover la infraestructura en el Perú 2012-2016*. Lima, Perú. Obtenido de http://www.apoyoconsultoria.com/SiteAssets/Lists/JER_Jerarquia/EditForm/Informe_Capeco_Apoyo.pdf
- Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2012, Diciembre). *Reporte de Inflación: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas*. Lima, Perú. Recuperado el el 24 de Diciembre de 2013, de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2012/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2012.pdf>
- Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2013a). *Producto Bruto Interno desde 1950*. Recuperado el 11 de Enero de 2014, de Sitio web del BCRP: http://www.bcrp.gob.pe/docs/Estadisticas/Cuadros-Anuales/ACuadro_03.xls
- Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2013b). *Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2013-2015*. Lima, Perú. Recuperado el 24 de Diciembre de 2013, de

<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte->

[Inflacion/2013/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2013.pdf](http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-)

Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2013, 23 de Enero). *Perú continúa rezagado en competitividad e innovación*. (J. Torres, Editor) Recuperado el 10 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Gestión:

<http://gestion.pe/economia/centrum-tlc-entre-peru-y-union-europea-estaria-hibernacion-durante-tres-anos-2057190>

Banco Mundial. (2011, Marzo). *Perú en el umbral de una nueva era*. Washintong DC, EE.UU. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/05/11/000020953_20110511144752/Rendered/PDF/617830WP0Peru00rsion0final00PUBLIC0.pdf

Banco Mundial. (2013). *Perú Panorama General*. Recuperado el 30 de Enero de 2014, de El Banco Mundial:

<http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>

Cámara de Comercio de Lima [CCL]. (2012, 02 de Mayo). *Inversión en desarrollo e investigación está rezagada*. Obtenido de Peru21:

<http://peru21.pe/2012/05/02/economia/inversion-desarrollo-investigacion-rezagada-2022507>

Cámara de Comercio de Lima [CCL]. (2013, 10 de Septiembre). *CCL: Peruanos gastan en promedio US\$ 289 al año en salud*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Gestión: <http://gestion.pe/economia/ccl-peruanos-gastan-promedio-us289-al-ano-salud-2075795>

Cámara de Comercio Americana del Perú [AMCHAM]. (2013, 12 de Febrero).

Comercio entre Perú y EEUU creció 105% en cuatro años de TLC.

Recuperado el 10 de enero de 2014, de Sitio web del diario Peru21:

<http://peru21.pe/economia/comercio-entre-peru-y-eeuu-crecio-105-cuatro-anos-tlc-2117048>

Comisión Multisectorial. (2013, Mayo). *Informe Técnico de la Comisión*

Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan

consolidar un sistema nacional de salud. Lima, Perú. Recuperado el 20 de

Enero de 2014, de Sitio web de MINSA:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/sns/Archivos/ITCM_InformeFinal01-13.pdf

Congreso de la República del Perú. (1997, 20 de Julio). *Ley General de Salud: LEY*

N° 26842. Recuperado el 03 de Enero de 2014, de Sitio web del Ministerio de

Salud del Perú: ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf

Congreso de la República del Perú. (2007, 18 de Diciembre). *Ley Marco de Ciencia,*

Tecnología e Innovación Tecnológica, aprobado por D.S. N° 032-2007-ED.

Lima, Perú. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de Sitio web del

Congreso del Perú:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2790176B0A3CF73B05257A760059646F/\\$FILE/2_DECRETO_SUPREMO_020_2010_ED_Reglamento_Texto_%C3%9Anico_Ordenado_DE_LEY_28303.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2790176B0A3CF73B05257A760059646F/$FILE/2_DECRETO_SUPREMO_020_2010_ED_Reglamento_Texto_%C3%9Anico_Ordenado_DE_LEY_28303.pdf)

Congreso de la República del Perú. (2009). *Ley de Aseguramiento Universal en*

Salud: Ley N° 29344. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web del

MINSA:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/boletin/boletin1.html>

- Consejo Nacional de la Competitividad [CNC]. (2013). *Indice de Cmpetitividad Regional*. Lima, Perú. Obtenido de <http://www.cnc.gob.pe/indice-regional/descargas/archivos-del-icr>
- Consejo Nacional de la Salud [CNS]. (2013, Julio). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima, Perú: MINSA. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>
- Crespi, G. (09 de Agosto de 2013). *El Perú continúa rezagado en competitividad e innovación*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio Web del diario Peru21: <http://peru21.pe/impresia/peru-continua-rezagado-competitividad-innovacion-2143816>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Future Studies, Stockholm, Suecia. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de Recuperado de TESIS DOCTORAL: Trabajo y Determinantes de Salud en la Población Inmigrante en España, Universidad de Alicante (2010): http://www.upf.edu/cisal/_pdf/AgudeloA_tesis.pdf
- Datum. (2013, 09 de Septiembre). *Atención en hospitales del Estado requiere de cambios urgentes, según encuesta*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web del diario El Comercio: <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/atencion-hospitales-estado-requiere-cambios-urgentes-segun-encuesta-noticia-1628881>
- Defensoría del Pueblo. (2013). *Informe N°161: Camino al Aseguramiento Universal (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales*. Lima, Perú. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/dp_281013_0004.pdf

Dirección General de Epidemiología [DGE]. (2012). *Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú*. Lima, Perú. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas [DIGEMID]. (30 de Enero de 2011). *El Estado paga hasta 360% más al comprar fármacos oncológicos*. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de Sitio web del diario el El Comercio: http://elcomercio.pe/lima/sucesos/estado-paga-hasta-360-mas-al-comprar-farmacos-oncologicos_1-noticia-706176

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas [DIGEMID]. (2012). *Situación de los medicamentos en el Perú*. Lima. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/EURacMed/TrabSalud/ReuTec/RTM_Mayo2012/Potencias_01-Situacion_medicamentos_Peru.pdf

D'Alessio, F. (2009). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. México DF, México: Pearson Educación de México SA.

D'Alessio, F. (2013). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. (2da Edición ed.). Mexico DF, México: Pearson Educación de México S.A.

Educación en Red. (2013, 01 de Octubre). *Presupuesto de Salud para 2014 aumenta en 22% respecto al de este año*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web de Educación en Red: <http://www.educacionenred.pe/noticia/?portada=43652>

El Estado Peruano. (2013). *Tercer Informe Nacional sobre cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Lima, Perú: Organización de Naciones

Unidas. Recuperado el 17 de Enero de 2014, de <http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf>

El Presidente de la República. (2001). *Decreto Supremo n° 074-2001-PCM:*

Reglamento de estándares nacionales de calidad ambiental del aire. Retrieved

Febrero 16, 2014, from Sitio web del MINAM:

[http://www.minam.gob.pe/calidadambiental/wp-](http://www.minam.gob.pe/calidadambiental/wp-content/uploads/sites/22/2013/10/D.S.-N%C2%BA-074-2001-PCM.pdf)

[content/uploads/sites/22/2013/10/D.S.-N%C2%BA-074-2001-PCM.pdf](http://www.minam.gob.pe/calidadambiental/wp-content/uploads/sites/22/2013/10/D.S.-N%C2%BA-074-2001-PCM.pdf)

El Seguro Social de Salud [EsSalud]. (2012, Julio). *Plan Estratégico Institucional*

2012 - 2016. Lima, Perú. Recuperado el 14 Enero de 2014, de sitio web de

EsSalud:

http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

Electrocentro. (2013). *Plan Estratégico 2013-2017.* Lima, Perú: Distriluz.com.pe.

Recuperado el 16 de Enero de 2013, de

http://www.distriluz.com.pe/transp/ftp/elcto/transp2/PlanEstrategico_elcto.pdf

Foro Económico Mundial [FEM]. (2013, 02 de Octubre). *El Perú se ubicó en el*

puesto 75 en el primer índice de Capital Humano. Recuperado el 21 de Enero

de 2014, de Sitio web del diario Semana Económica:

<http://semanaeconomica.com/article/economia/126220-indice-de-capital->

[humano-el-peru-tiene-mucho-por-hacer/](http://semanaeconomica.com/article/economia/126220-indice-de-capital-humano-el-peru-tiene-mucho-por-hacer/)

Fernández, E. (1981). *Diccionario de Derecho Público.* Buenos Aires, Argentina:

Astrea.

Federación Peruana Médica [FMP]. (2012, 18 de Octubre). *Médicos del Minsa en*

huelga no atendieron medio millón de consultas externas. Recuperado el 12 de

Enero de 2014, de Sitio web del diario El Comercio:

<http://elcomercio.pe/lima/sucesos/medicos-minsa-huelga-no-atendieronmedio-millon-consultas-externas-noticia-1484341>

Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual [INDECOPI]. (2012). *Anuario de Estadísticas Institucionales 2012*. Recuperado el 24 de Diciembre de 2013, de http://www.indecopi.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/estadisticas_portal_principal/ANUARIO2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2001, Agosto). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050*. Recuperado el 4 de Enero de 2014, de Boletín de Análisis Demográfico N° 35: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0466/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013a, Abril). *Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007 - 2012*. Lima, Perú. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web de INEI: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013b, Junio). *Condiciones de vida en el Perú Enero – Febrero – Marzo 2013*. Lima, Perú. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de Boletines INEI: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/16653.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013c). *Informe Técnico: Las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2013*. Lima, Perú. Recuperado el 26 de Enero de 2014, de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/17217.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013d, Noviembre). *Informe Técnico: Comportamiento de la Economía Peruana en el Tercer Trimestre de 2013*. Recuperado el 8 de Enero de 2014, de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/1-pbi-iii-trimestre-2013.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013e). *Publicaciones Digitales: Estado de la Población Peruana 2013*. Lima, Perú. Recuperado el 18 de Enero de 2014, de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013f). *Estadísticas: Tecnologías De La Información y Comunicación*. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de Sitio web de INEI: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/Cap11008.xls>

Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI]. (2013g). *Condiciones de vida en el Perú Julio, Agosto, Septiembre 2013*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web de INEI: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/condiciones-de-vida-jul-set-2013.pdf>

Instituto Nacional de Salud [INS]. (2012). *Repositorio: BOLETIN Julio - Agosto 2012*. Recuperado el 22 de Enero de 2014, de Web site del INS: http://www.ins.gob.pe/RepositorioAPS/0/0/par/BOLETIN_2012/BOLETIN_JUL_AGO_2012.pdf

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [ISAGS]. (2012, Mayo). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la*

equidad. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado el 18 de Enero de 2014, de Sitio web de Instituto suramericano de gobierno en salud:

http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

Kaplan, R. S., & Norton, D. (2000). *The Balanced Scorecard* (2ª ED ed.). Barcelona: EDICIONES GESTION 2000.

León, L. (2013, 10 de Diciembre). “*Nos falta hacer conocer más los TLC*”.

Recuperado el 10 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Publimetro:

<http://publimetro.pe/actualidad/noticia-luciana-leon-nos-falta-hacer-conocer-mas-tlc-18809>

Maximixe. (2012). *Informe especial servicios de salud*. Lima, Perú: Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf

Ministerio del Ambiente [MINAM]. (2012, Junio). *Política Nacional del Ambiente*.

Lima, Perú. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de Sitio web del MINAM:

<http://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2013/08/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Ambiente.pdf>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MIDIS]. (2014). *¿Quiénes somos?* .

Recuperado el 15 de Enero de 2014, de Sitio web del MIDIS:

<http://www.midis.gob.pe/index.php/es/nuestra-institucion/sobre-midis/quienes-somos>

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2012a, 9 de Febrero). *Agenda de*

Competitividad 2012-2013. Lima, Perú: Consejo Nacional de la

Competitividad. Recuperado el 18 de Enero de 2014, de

http://www.mef.gob.pe/contenidos/competitiv/documentos/Agenda_Competitividad_2012_2013.pdf

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2012b, Diciembre). *Perú: Política de inversión pública en ciencia, tecnología e innovación*. Lima, Perú.

Recuperado el 18 de Enero de 2014, de

http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/novedades/2013/agosto/Lineamientos_CTI.pdf

Ministerio de Salud [MINSA]. (2007). *Reforma del Ministerio de Salud*. Lima, Perú.

Recuperado el 20 de Enero de 2014, de MINSA:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_PNCS.pdf

Ministerio de Salud [MINSA]. (2008, 26 de Mayo). *Norma Técnica de Salud en TELESALUD*. Recuperado el 21 de Enero de 2014, de MINSA:

<http://www.minsa.gob.pe/ogei/conferenciaops/Recursos/RM365-2008.pdf>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2010a). *Necesidades de Médicos Especialistas en*

Establecimientos de Salud del Sector Salud 2010. Lima, Perú. Recuperado el

26 de Diciembre de 2013, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1613.pdf>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2011a). *Documento Técnico: Plan Estratégico*

Institucional (PEI) 2008 – 2011. Lima, Perú. Recuperado el 20 de Diciembre

de 2013, de Sitio web del MINSA (Transparencia):

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/pei/2008/PEI2008-2011MINSAREprog.pdf>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2011b). *Plan Estratégico Sectorial Multianual 2012-*

2016. Lima, Perú. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de

http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13004/PLAN_13004_2013_PESEMpropuesta2016.pdf

Ministerio de Salud [MINSa]. (2011c). *Lineamientos para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud en el Perú: La Visión de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSa*. Lima, Perú. Recuperado el 21 de Enero de 2014, de

http://www.minsa.gob.pe/ogei/conferenciaops/Recursos/DrWCurioso_Presentacion_17_Nov_Final.pdf

Ministerio de Salud [MINSa]. (2012, Julio). *Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM 2012-2016*. Lima, Perú: Jaime Johnson. Recuperado el 10 de Enero de 2014, de Sitio web del MINSa:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/PESEM_20120730.pdf

Ministerio de Salud [MINSa]. (2013a). *Antecedentes y Perspectivas de la Reforma de Salud en el Perú*. Lima, Perú. Recuperado el 26 de Diciembre de 2013, de Pagina web de SUNASA:

http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/2._Jose_Del_Carmen_Sara_-

[_Antecedentes_y_Perspectivas_de_la_Reforma_de_la_salud_en_el_Peru.ppt">_Antecedentes_y_Perspectivas_de_la_Reforma_de_la_salud_en_el_Peru.ppt](#)

Ministerio de Salud [MINSa]. (2013b, Septiembre). *Análisis de Situación de Salud del Perú 2012*. Lima, Perú: ASKHA E.I.R.L. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de Sitio web del MINSa:

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Ministerio de Salud [MINSa]. (2013c, 17 de Septiembre). *Sala de Prensa: El Presupuesto de Apertura de 2014 para el sector Salud asciende a S/. 6,308.1 millones, un incremento del 22 por ciento respecto al de este año*. Recuperado

el 12 Enero de 2014, de Sitio web del MINSA:

http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=13235

Ministerio de Salud [MINSA]. (2013d). *Mercado Farmaceutico y Acceso a Medicamentos en el Peru*. (M. Crisante, Ed.) Recuperado el 14 de Enero de 2014, de

http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Mercado_farmaceutico-acceso_medicamentos-Peru.pdf

Ministerio de Salud [MINSA]. (2013e). *Misión y Visión Del Minsa*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de Sitio web del MINSA:

http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/institucion_1.asp?sub5=3

Ministerio de Salud [MINSA]. (2013f). *Organigrama Institucional del MINSA*.

Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de Sitio web del MINSA:

<http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/organigrama.pdf>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2013g, 07 de Julio). *Ministra de Salud: "Hay disposición del MEF de elevar en 50% presupuesto del sector"*. Recuperado el 21 de Enero de 2014, de Sitio web del diario La República:

<http://www.larepublica.pe/27-07-2013/ministra-de-salud-hay-disposicion-del-mef-de-elevar-en-50-presupuesto-del-sector>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2013h). *Memoria Anual 2012*. Lima, Perú.

Recuperado el 30 de Enero de 2014, de MINSA:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/12GestInstitucional/Informes/2012/MEMORIA_ANUAL_2012.pdf

Ministerio de Relaciones Exteriores [MRE]. (2014). *Delimitación Marítima entre Perú y Chile*. Recuperado el 15 de Febrero de 2014, de Sitio web del MRE:

<http://delimitacionmaritima.rree.gob.pe/demanda.html>

Naciones Unidas [UN]. (2010, Diciembre). *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*. CEPAL-UNICEF. Recuperado el 10 de Enero de 2014, de http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

Naciones Unidas [UN]. (2013, Agosto). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe: Tres décadas de crecimiento desigual e inestable*. Santiago, Chile. Recuperado el 13 de Enero de 2014, de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/50484/EstudioEconomico2013completo.pdf>

Naciones Unidas [UN]. (2014, 20 de Enero). *Economía peruana crecerá 6,1% este año*. Recuperado el 15 de Febrero de 2014, de Sitio web del diario El Comercio: <http://elcomercio.pe/economia/peru/naciones-unidas-economia-peruana-crecera-61-este-ano-noticia-1704060>

Organización de Estados Americanos [OEA]. (2011). *Migración internacional en las Américas: Primer informe del Sistema Continuo de Reportes de Migración Internacional en las Américas (SICREMI) 2011*. Washington DC, EE.UU. Recuperado el 16 de Febrero de 2014, de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7629.pdf?view=1>

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2012). *Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)*. Lima, Perú. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_202984.pdf

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2013). *El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar*. Lima, Perú: Tarea Asociación Gráfica Educativa. Obtenido de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1946, 19 de Junio). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2013, de Sitio web de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998, Enero). *Promoción de la Salud: Glosario*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de Sitio web de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Temas de salud*. Recuperado el 20 de Febrero de 2014, de Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Decisiones difíciles : invertir en salud para el desarrollo: las experiencias de algunos países en el seguimiento de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD. Nueva Delhi, India: Cirrus Graphics Private Limited. Recuperado el 29 de Diciembre de 2013, de http://www.who.int/macrohealth/documents/Spanish_Final.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008a). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. ISBN 978 92 4 356373 2, Ginebra, Suiza. Recuperado el 06 de Enero de 2014, de Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008b, 05 de Junio). Políticas de Salud y Salud Pública: Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. (C. Borrella, & L. Artazcoza, Edits.) *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.

Recuperado el 20 de Enero de 2014, de

<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n5/politicas.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de Sitio web de la OMS: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013a, Noviembre). *Centro de prensa: Derecho a la Salud*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2013, de Sitio web de Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013b). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Luxembourg City, Luxembourg. Recuperado el 18 de Enero de 2014, de Sitio web de la Organización Mundial de la Salud:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014, 7 de Febrero). *Portal de Información de Medicamentos Esenciales y Productos de Salud*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de Sitio web de la OMS:

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/>

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2008). *ODM: Progresos en el Perú*. Recuperado el 10 de enero de 2014, de sitio web de la ONU en el Perú: <http://onu.org.pe/los-odm-en-el-peru/odm-8-fomentar-una-alianza-mundial-para-el-desarrollo/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011, Abril). *La Cooperación Técnica de OPS/OMS en Perú: Los Determinantes de la Salud*. Recuperado el

17 de Diciembre de 2013, de Sitio web del Ministerio de Salud del Perú:

<http://www.minsa.gob.pe/ogci/archivo/IIciclo/sesionIV/ponenciaOPS.ppt>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012a). *Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea*. Washington DC, EE.UU. Recuperado el 30 de Enero de 2014, de Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21389&Itemid=

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012b). *Salud en Sudamérica, edición de 2012: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*. Washington DC, EE.UU. Recuperado el 10 de Enero de 2014, de

[http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf)

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013, Febrero). *Migración*

Calificada en Salud, Impacto Financiero, Reconocimiento de Títulos: Retos y Perspectivas en los Países de la Región Andina. Lima, Perú. Recuperado el 13 Febrero de 2014, de Sitio web de Organización Panamericana de Salud:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21112&Itemid=270

Pardo, K., Andia, M., Rodriguez, A., Pérez, W., & Moscoso, B. (2011).

Remuneraciones, Beneficios e Incentivos Laborales Percibidos por Trabajadores del Sector Salud en El Perú: Análisis Comparativo entre El Ministerio de Salud y La Seguridad Social, 2009. *Revista Peruana de*

Medicina Experimental y Salud Pública, 28(2), pp. 342-351. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a29v28n2.pdf>

Peru21. (2013, 05 de Noviembre). *Acuerdo comercial de Alianza del Pacífico estará listo en diciembre*. Recuperado el 11 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Peru21: <http://peru21.pe/economia/acuerdo-comercial-alianza-pacifico-estara-listo-diciembre-2156425>

Porter, M. E. (1991). *La ventaja competitiva de las naciones*. Barcelona, España: Plaza & Janés editores.

Porter, M. E. (2000). *Estrategia competitiva: Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia* (Español ed.). México D.F., México: Grupo Editorial Patria.

Radio Programas del Perú [RPP]. (2009, 6 de Febrero). *Canciller de España destaca "seguridad jurídica impecable" del Perú*. Recuperado el 11 de Enero de 2014, de Sitio web de RPP: http://www.rpp.com.pe/2009-02-06-canciller-de-espana-destaca-seguridad-juridica-impecable-del-peru-noticia_162640.html

Radio Programas del Perú [RPP]. (2013a, 11 de Noviembre). *Humala: Relación estratégica e integración con Brasil es irreversible*. Recuperado el 16 de Enero de 2014, de Sitio web de RPP: http://www.rpp.com.pe/2013-11-11-humala-relacion-estrategica-e-integracion-con-brasil-es-irreversible-noticia_646784.html

Radio Programas del Perú [RPP]. (2013b, 18 de Noviembre). *S&P: Perú puede elevar su calificación con entorno político estable*. Recuperado el Diciembre de 2013, de Sitio web de RPP: http://www.rpp.com.pe/2013-11-18-s-p-peru-puede-elevar-su-calificacion-con-entorno-politico-estable-noticia_648602.html

Radio Programas del Perú [RPP]. (2013c, 29 de Diciembre). *Presidente Humala anuncia nuevas inversiones mineras para el 2014*. Recuperado el 9 de Enero de 2014, de Sitio web de RPP: http://www.rpp.com.pe/2013-12-29-presidente-humala-anuncia-nuevas-inversiones-mineras-para-el-2014-noticia_658274.html

Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología [RICYT]. (2013). *Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de http://www.riicyt.org/files/1_1_Estado_de_la_Ciencia_en_imagenes%282%29.pdf

Rímac Seguros. (2013, 02 de Octubre). *CADE 2013: Anuncian inversiones por US\$3,000 millones en salud*. Recuperado el 15 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Peru21: <http://peru21.pe/economia/cade-2013-anuncian-inversiones-us3000-millones-salud-2159523>

Salaverry, O., & Cárdenas-Rojas, D. (2009). Establecimientos Asistenciales del Sector Salud, Perú 2009. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 264-267. Recuperado el 30 de Enero de 2014, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a23v26n2.pdf>

Scimago Institutions Rankings [SIR]. (2013). *SIR Global Peru 2013 - Rank: Output 2007-2011*. Recuperado el 21 de Enero de 2014, de Sitio web del SIR: <http://www.scimagoir.com/pdf/SIR%20Global%20PER%202013%20O.pdf>

Seguro Integral de Salud [SIS]. (2011). *Quiénes Somos*. Recuperado el 20 de Febrero de 2014, de Sitio web del SIS: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP [SBS]. (2013, 02 de Octubre). *Eligen a Perú como el mejor entorno para microfinanzas por sexto año*. Recuperado el

20 de Diciembre de 2013, de Sitio web del diario El Comercio:

<http://elcomercio.pe/economia/1639138/noticia-peru-logra-sexto-ano-consecutivo-mejor-entorno-microfinanzas?ref=ecr>

Superintendencia Nacional del Aseguramiento en Salud [SUNASA]. (2011). *Resumen de Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del AUS*. Lima, Perú. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de

http://app3.sunasa.gob.pe/Temp/Encuesta_de_satisfacci%C3%B3n_de_usuarios_2011.pdf

Superintendencia Nacional del Aseguramiento en Salud [SUNASA]. (2012).

Estadísticas: Afiliaciones al Sistema. Recuperado el 04 de Enero de 2014, de Pagina web de SUNASA:

<http://www.sunasa.gob.pe/estadisticas/1201/afiliacion0.htm>

Superintendencia Nacional de Administración Tributaria [SUNAT]. (2009).

Estimación del Contrabando en El Perú durante el 2009. Lima, Perú.

Retrieved Enero 11, 2014, from

http://www.sunat.gob.pe/estadisticasestudios/informes_publicaciones/estimac_contrab_defraudac/estimacion_contrabando_defraudacion_2009.pdf

Superintendencia Nacional de Administración Tributaria [SUNAT]. (2013, 21 de Mayo). *Sunat: El contrabando que ingresa anualmente al Perú supera los US\$ 530 millones*. Recuperado el 11 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Gestión: <http://gestion.pe/economia/sunat-calcula-us-530-millones-costo-contrabando-que-ingresa-anualmente-peru-2066618>

The Economist. (2010, 12 de Noviembre). *Perú regresa al primer lugar en marco regulatorio en la región*. Recuperado el 11 de Enero de 2014, de Sitio web del

diario Gestion: <http://gestion.pe/noticia/667945/peru-regresa-al-primer-lugar-marco-regulatorio-region>

The Economist. (2013, 24 de Diciembre). *Perú entre 46 países de alto riesgo por protestas sociales*. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de Sitio web del diario Peru21: <http://peru21.pe/politica/peru-entre-46-paises-alto-riesgo-protestas-sociales-2162675>

The Wall Street Journal [WSJ]. (2009, 25 de Noviembre). *The Henry Ford of Heart Surgery*. (G. Anand, Productor) Recuperado el 5 de Febrero de 2014, de Sitio web de Walls Street Journal:

<http://online.wsj.com/news/articles/SB125875892887958111>

Transparencia Internacional. (2013, 03 de Diciembre). *¿Cuáles son los países más corruptos de América Latina y del mundo?* Recuperado el 05 de Enero de 2014, de Sitio web del diario El Comercio:

<http://elcomercio.pe/mundo/actualidad/cuales-son-paises-mas-corruptos-america-latina-mundo-noticia-1667874>

United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2010, Diciembre). *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 18 Diciembre de 2013, de Sitio web de UNICEF:

[http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010(1).pdf)

United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2012, Febrero).

Estado Mundial de la Infancia 2012: Niñas y niños en un mundo urbano.

Nueva York, EE.UU. Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de Sitio web de UNICEF: http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-Main-Report-LoRes-PDF_SP_01052012.pdf

United States Secret Service [USSS]. (2013, 5 de Septiembre). *El Perú se convirtió en el primer productor de dólares falsos del mundo*. Recuperado el 7 de Enero de 2014, de Sitio web del diario El Comercio:

<http://elcomercio.pe/mundo/actualidad/peru-se-convirtio-primer-productor-dolares-falsos-mundo-noticia-1627241>

Vargas, J., Reyes, N., Rantes, H., Aquino, S., & Asca, J. (2010, Abril). Evaluación del Sistema de Información Rutinaria de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad.

14(1). Recuperado el 10 de Enero de 2014, de

<http://www.minsa.gob.pe/ogei/conferenciaops/Recursos/3.pdf>

Velarde, J. (2013, 21 de Diciembre). *BCR: Perú liderará el crecimiento regional en 2014*. Recuperado el 12 de Enero de 2014, de Sitio web del diario La Prensa:

<http://laprensa.pe/economia/noticia-bcr-peru-liderara-crecimiento-regional-2014-17647>

World Economic Forum [WEF]. (2011). *The Global Competitiveness Report 2011-2012*. Geneva, Suiza. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de Web Site de World Economic Forum:

http://www3.weforum.org/docs/WEF_GCR_Report_2011-12.pdf

World Economic Forum [WEF]. (2013). *The Global Competitiveness Report 2013-2014*. Geneva, Suiza. Recuperado el 10 Febrero de 2014, de Web Site de World Economic Forum:

http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013-14.pdf

Lista de Siglas

ADP	Alianza del Pacífico
AFIN	Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional
ALAFARPE	Asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Perú
AMCHAM	Cámara de Comercio Americana del Perú
AMOFHIT	Administración y Gerencia, Marketing y Ventas, Operaciones Productivas y de Servicios e Infraestructura, Finanzas y Contabilidad, Recursos Humanos y Cultura, Informática y Comunicaciones, y Tecnología
APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation
ASIS	Análisis de Situación Integral de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CADE	Conferencia Anual de Ejecutivos
CAN	Comunidad Andina
CEIC	Comité Estadístico Interinstitucional de Criminalidad
CENTRUM	Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIJ	Corte Internacional de Justicia
CMS	Comisión de Macroeconomía y Salud
CNM	Consejo Nacional de la Competitividad
CNS	Consejo Nacional de Salud
CONAPOC	Consejo Nacional de Política Criminal
CONCYTEC	Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica
CTEL	Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica

DARES	Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
DEPA	Dirección de Ecología y Protección del Ambiente
DEVIDA	Desarrollo y Vida sin Drogas
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGESA	Dirección General de Salud
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DISA	Dirección de Salud
DIRESA	Dirección Regional De Salud
EEUU	Estados Unidos
ENLCD	Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
EsSalud	El Seguro Social de Salud
FEM	Foro Económico Mundial
FFAA	Fuerzas Armadas
FMP	Federación Médica Peruana
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
IIRSA	Integración de Infraestructura Regional Sudamericana
INDECOPI	Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INHSP	Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública

IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
ISAGS	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
IT	Transparencia Internacional
JSS	Junta Suprema de Sanidad
MBCG	Matriz Boston Consulting Group
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
MCPE	Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégica
MDE	Matriz de Decisión Estratégica
ME	Matriz de Ética
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEFE	Matriz de Evaluación de Factores Externos
MEFI	Matriz de Evaluación de Factores Internos
MEOLP	Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo
MEPCS	Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos
MFODA	Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas
MGE	Matriz Gran Estrategia
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIE	Matriz Interna Externa
MIN	Matriz de Intereses Nacionales
MINAM	Ministerio del Ambiente
MINCETUR	Ministerio de Comercio Exterior y Turismo
MINDEF	Ministerio de Defensa
MINEM	Ministerio de Energía y Minas
MINSA	Ministerio de Salud

MINTRA	Ministerio del Trabajo
MIO	Matriz de Intereses de la Organización
MPC	Matriz de Perfil Competitivo
MPEYEA	Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción
MPR	Matriz de Perfil de Referencial
MR	Matriz de Rumelt
MRE	Ministerio de Relaciones Exteriores
NU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y El Desarrollo Económico
OCP	Objetivos de Corto Plazo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OECE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OLP	Objetivos de Largo Plazo
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la salud
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
OSCE	Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado
SEACE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
PBI	Producto Bruto Interno

PEA	Planeamiento Estratégico Aplicado
PEA	Poblacion Económicamente Activa
PEI	Plan Estratégico Integral
PESTE	Fuerzas Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas, y Ecológicas
PNP	Policía Nacional del Perú
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROCOM	Proyectos de Innovación Tecnológica para la Competitividad
PROCYT	Proyectos de Investigación en Ciencia y Tecnología
PRONIEM	Programa Nacional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento
PROTEC	Proyectos de Transferencia y Extensión Tecnológica
PYME	Pequeña y Mediana Empresa
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RICYT	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología
RPP	Radio Programas del Perú
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SEACE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
SIR	Scimago Institutions Rankings
SIS	Seguro Integral de Salud
SNI	Sociedad Nacional de Industrias
SNU	Sistema de Naciones Unidas en Perú
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
SUNAT	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
TFG	Tasa de Fecundidad Global
TLC	Tratados de Libre Comercio
TPP	Trans-Pacific Partnership (Acuerdo de Asociación Transpacífico)

UE	Unión Europea
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USD	United States Dollars (Dolares Americanos)
VRAEM	Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro
WEF	World Economic Forum (Fondo Economico Mundial)
WSJ	The Wall Street Journal
WTO	World Trade Organization

